

ASESORIA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA
PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD
(PAMEC) DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA
CALIDAD EN LA CAJA DE PREVISIÓN DE LA UNIVERSIDAD
INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”

ANA ELVIA MARÍN ANGULO
MERCEDES MONTAÑA RODRIGUEZ
GLADYS YAMILE ROSALES AGREDO

PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

CONVENIO CES / UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORÍA EN SALUD

BUCARAMANGA – SANTANDER

2008

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	12
1.2 OBJETIVO GENERAL	12
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. MARCO DE REFERENCIA	16
3.1 MARCO INSTITUCIONAL	16
3.1.1 Misión	18
3.1.2 Visión	19
3.1.3 Valores Institucionales	19
3.1.4 Objeto Social de la Empresa	20
3.1.5 Portafolio de Servicios	21

	pág.
3.1.6 Programas de Promoción y Prevención	23
3.1.7 Caracterización de Nuestros Usuarios	23
3.1.8 Estructura Organizacional	24
3.2 MARCO LEGAL	27
3.3 MARCO CONCEPTUAL	43
3.3.1 Metodología General para la Elaboración del PAMEC	48
4. ASESORIA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (PAMEC) DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN LA CAJA DE PREVISIÓN DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”	51
4.1 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	54
4.2 SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS	59
4.3 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	64
4.4. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO	70
4.5 PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 2008-2009	84
4.5.1 Propuesta Plan de Mejoramiento Consulta Externa	85
4.5.2 Propuesta Plan de mejoramiento Satisfacción del Usuario	86
4.5.3 Propuesta Plan de Mejoramiento Farmacia	87

	Pág.
4.6 PROGRAMA DE AUDITORIA A PROCESOS PRIORITARIOS	88
4.7 RELACION DEL PAMEC CON LA ACREDITACION INSTITUCIONAL	90
GLOSARIO	117
CONCLUSIONES	122

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. ETAPAS DE LABORACION DEL PAMEC Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS	52
TABLA 2. AUTOEVALUCACION Y DIAGNOSTICO	55
TABLA 3. MATRIZ DE PRIORIZACION EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UIS	60
TABLA 4. PROCESO DE PRIORIZACION Y PROBLEMAS DETECTADOS EN LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UIS	62
TABLA 5. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA CAPRUIS	66
TABLA 6. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE CAPRUIS	67
TABLA 7. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE FARMACIA DE CAPRUIS	68
TABLA 8. INDICADORES DE CAPRUIS	70

	Pág.
TABLA 9. PRIORIZACION DE PROBLEMAS EN CONSULTA EXTERNA DE CAPRUIS	78
TABLA 10. MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS EN SATISFACCIÓN DEL USUARIO	82
TABLA 11. PROBLEMAS EN FARMACIA DE CAPRUIS	84

TABLA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS	94
ANEXO 2. PROCESOS PRIORITARIOS	95
ANEXO 3. INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PROCESOS PRIORITARIOS	99
ANEXO 4. FORMATO FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN CONSULTA EXTERNA	102
ANEXO 5. FORMATO FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO	106
ANEXO 6. FORMATO FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN FARMACIA	108
ANEXO 7. PROGRAMA DE AUDITORIA DE PROCESOS PRIORITARIOS	111

	Pág.
ANEXO 8. MODULO INFORMACIÓN	112
ANEXO 9. INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN	113
ANEXO10. LISTAS DE VERIFICACION PARA CONSULTA EXTERNA	114

TABLA DE DIAGRAMAS

		Pág.
DIAGRAMA 1.	ESPINA DE PESCADO CONSULTA EXTERNA	81
DIAGRAMA 2.	ESPINA DE PESCADO SATISFACCIÓN DEL USUARIO	83
DIAGRAMA 3.	ESPINA DE PESCADO SATISFACCIÓN SERVICIO FARMACIA	85

INTRODUCCIÓN

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Acorde con la Ley 715 de 2001, en la que se regula la oferta de servicios y los mecanismos para la libre elección, todos los afiliados gozan de la opción de seleccionar la empresa promotora proveedora de salud. Surge entonces el elemento de competitividad entre los aseguradores por captar el mayor número de usuarios y entre los prestadores por conseguir la contratación de sus servicios mejorando sus parámetros de calidad.

Los cambios económicos que se han presentado durante los últimos años a nivel mundial han afectado de manera directa todos los sectores productivos de bienes y servicios en el país. El establecimiento de los servicios de “libre mercado” y “libre competencia” como nuevos paradigmas, ha llevado a las empresas a la búsqueda de nuevas herramientas gerenciales que les permita mejorar su eficacia y eficiencia y así asegurar su permanencia en el mercado.

La prestación de los servicios de salud en el país se daba sin que hubiese mayores exigencias en cuanto a la calidad de los mismos; de igual modo, las demandas por responsabilidad civil eran muy escasas. Esto permitió que no se hicieran mayores requerimientos relacionados con la oportunidad, suficiencia, diligencia y resultados de la atención médica.

Es por ello que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, considera como de máxima importancia la implementación del Sistema de Garantía de Calidad en la atención en Salud, reglamentado mediante el Decreto 1011 de 2006. El cumplimiento de este requisito determina el crecimiento, posicionamiento y permanencia tanto de los Aseguradores como de los Prestadores en el mercado de la seguridad social.

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

(SOGCS) se aplicaba a los prestadores de servicios de salud, aseguradores de servicios de salud y a los que operaban en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 199 de la ley 100 de 1993, y Ley 647 de 2001. Este primer modelo de SOGCS Decreto 2309 /02, estaba encaminado a mejorar las condiciones de infraestructura y gestión humana, las cuales constituyen las bases del actual Sistema Único de Habilitación, establecido en el Decreto 1011 de 2006, en el que la calidad se orienta al mejoramiento de los procesos de atención y a garantizar la seguridad del usuario.

Dentro de este contexto, la calidad de cuanto se hace y su evaluación recobran vital importancia. Se puede definir la calidad como un estado dinámico basado en la valoración de la estructura, el proceso y el resultado del ejercicio empresarial, a través de parámetros cuantitativos y cualitativos, para alcanzar un efecto deseado, tanto para el consumidor como para el empresario. En su complemento la Auditoría, hace referencia a un proceso sistemático, documentado, para obtener evidencias que permitan determinarlos fallos y los aciertos el cumplimiento de los requisitos de calidad. y se establecen planes de mejoramiento para asegurar cuanto está bien y avanzar en la corrección de los resultados no deseados. Aún así los mismos planes requieren de su seguimiento y evaluación para con su cumplimiento alcanzar los resultados esperados.

A través de los años los empresarios han manejado sus negocios trazándose metas limitadas que les han impedido ver más allá de sus necesidades inmediatas, es decir, planean a corto plazo; lo que conlleva a no alcanzar niveles óptimos de calidad, con baja rentabilidad.

Según los grupos gerenciales de las empresas con liderazgo, el secreto de las compañías de mayor éxito en el mundo radica en poseer estándares de calidad altos tanto para sus productos como para sus empleados; el control total de la calidad es una filosofía que debe ser aplicada a todos los niveles jerárquicos en una organización, y esta implica un proceso de Mejoramiento Continuo que no tiene final. Dicho proceso permite visualizar un horizonte más amplio, donde se busca siempre la excelencia y la innovación que aumentan la competitividad, disminuyen los costos, y orientan los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes. Así mismo, este proceso busca que el Gerente sea un verdadero líder de su organización, asegurando la participación de todos, involucrándose en los procesos de la cadena productiva, como actor principal de la ejecución del proceso y la más importante fuerza impulsadora de su empresa.

La innovación, la reingeniería, el mejoramiento continuo, el planeamiento estratégico y cualquier acción que se emprenda para buscar la excelencia

organizacional, se encuentran comprendidas en el concepto de perfeccionamiento; éste es el cambio que se introduce en una situación organizacional con la finalidad de aproximarla a unos criterios de excelencia previamente definidos.

En Colombia el marco ético de la calidad se basa en hacer siempre lo mejor y el marco jurídico legal se apoya en la Constitución Política Nacional de 1991, y los posteriores decretos y resoluciones reglamentarios.

En el documento CONPES 3446 “Lineamientos para una Política Nacional de Calidad”, define claramente la política de calidad del país, tanto en el sector productivo de la economía como en el sector salud, define que en el país existirán dos grandes sistemas, el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, el cual pasará a llamarse Sistema Nacional de Calidad, agrupando diversas iniciativas y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, define el propósito y precisa el alcance y las especificidades de cada uno y arroja claridad sobre sus interrelaciones.

En cuanto al propósito del Sistema Nacional de Calidad, afirma que es un instrumento que contribuye a mejorar la competitividad de las empresas colombianas, ofrecer al consumidor garantías e información sobre los productos que adquiere, proteger la vida, la salud y el medio ambiente, y promover el mayor desarrollo de la ciencia y la tecnología.

En lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este se define como 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. Este sistema busca proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.

Tal precisión es la que explica porqué en el sector salud se utilizan métodos específicos y porqué el Sistema de Calidad en el sector salud está mas orientado hacia los resultados de la atención que hacia la conformidad con unas especificaciones en el proceso, las cuales desde la perspectiva de este sistema constituyen prerrequisitos para la calidad, pero no son su finalidad.

Igualmente importante es la precisión establecida por el documento acerca de la coordinación entre ambos sistemas especificando que aunque tienen objetivos, finalidades y metodologías diferentes, ambos sistemas deben ser compatibles y convergentes entre ellos, y pasa a definir las estrategias que guiarán sus relaciones:

La primera es la existencia de la Unidad Sectorial de Normalización organismo reconocido por ambos sistemas y que ejerce una labor de coordinación entre ellos. Es en esta Unidad donde se definen los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y su operativización previsiblemente incrementará la estandarización y despliegue de los procesos de calidad en el sector salud. Igualmente permitirá evitar la potencial colisión entre las Normas Técnicas del Sistema de Calidad y los estándares de Calidad del Sistema Obligatorio.

La segunda es en el tema de la metrología, laboratorios de ensayo y calibración, terreno en el cual el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad no tiene desarrollos específicos y será usuario de los desarrollos del Sistema Nacional de Calidad, con la salvaguarda de las previsiones necesarias a sus especificidades, lo cual optimiza recursos y coordina esfuerzos. Acá también hay un campo de acción para la Unidad Sectorial de Normalización en Salud,

mediante el establecimiento de definiciones acerca de la metrología en el equipamiento biomédico.

La Unidad Sectorial de Normalización en Salud – USNS –

Es un organismo funcional de carácter técnico para la orientación, definición, análisis y aprobación de estándares de calidad de la atención en salud, por lo tanto no está planteado como una instancia de negociación política entre diferentes actores del sistema.

En la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, el estado convoca a los técnicos e instancias técnicas del sector de sector y es garante de la transparencia y nivel técnico de sus deliberaciones.

Ejerce una función de coordinación y compatibilización entre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y otros Sistemas de Calidad en particular el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología; sistemas que son convergentes y compatibles pero tienen diferencias en el grado de desarrollo, en la forma como conceptualizan el

problema de la calidad, como definen sus prioridades y las metodologías específicas que utilizan.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 1011 de 2006), en desarrollo del precepto constitucional establecido en los artículos 11 y 49 de la Carta Magna, se propone proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio, condición para garantizar la vida y la salud. En tanto que el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología tiene como propósito promover en los mercados la seguridad, la calidad y la competitividad del sector productivo o importador de bienes y servicios y proteger los intereses de los consumidores (Artículo 1°, Decreto 2269 de 1993).

Lo anterior implica, que los desarrollos operacionales de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud desplegarán y promoverán las especificidades propias de las metodologías en salud y asimilarán críticamente lo que le sea de utilidad de las metodologías de mejoramiento de la calidad provenientes de otros sectores.

Igualmente su relación con el Organismo Nacional de Normalización es de coordinación y compatibilización y no de subordinación, lo cual significa que:

- La Unidad Sectorial de Normalización en Salud brindará asistencia técnica y capacitación al Organismo Nacional de Normalización en lo referente a las especificidades de la gestión de la calidad en salud.

- El Organismo Nacional de Normalización brindará asistencia técnica y capacitación a la Unidad Sectorial de Normalización en Salud en lo referente al proceso de diseño, adaptación o actualización de normas técnicas sectoriales de salud.

En el mismo sentido, la Organización Internacional para la Estandarización recomienda la nueva versión de los Sistemas de Gestión de Calidad, ISO 9001 versión 2000, cuyo propósito es gestionar la organización centrada en la calidad, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos, las responsabilidades, la autoridad y los recursos para satisfacer los requerimientos internos y externos.

Para la evaluación de la calidad el Ministerio de Protección Social recomienda las pautas para la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

Es de vital importancia para los Auditores y para quienes van en ese proceso, conocer la normatividad para su aplicación, como también las técnicas de evaluación correspondientes, para aplicarlas en los diferentes procesos y sugerir los ajustes requeridos para el mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta que sus aspectos más importantes son la clasificación, organización, disciplina, constancia, compromiso, estandarización.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer la asesoría a la Caja de Previsión de la Universidad Industrial de Santander “CAPRUIS” en el desarrollo del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud que permita el aumento de sus competencias organizacionales en miras a la Acreditación.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Plantear un Modelo que permita realizar una evaluación continua y permanente en la institución enmarcado en la calidad.
- Proponer un Modelo de seguimiento que pueda desarrollarse en forma permanente.

- Plantear un Modelo que le permita a la institución hacer control con el fin de mantenerse en mejoramiento continuo.

2. JUSTIFICACION

Desde hace una década la legislación Colombiana en el sector salud ha planteado la prestación de los servicios de salud enmarcados en la filosofía de calidad con el fin de generar un Sistema de Garantía de Calidad integral que sea sistemático y continuo dirigido a la satisfacción del usuario.

Los esquemas de garantía de calidad están basados en los planes de Mejoramiento Continuo y en el enfoque de atención centrado en el cliente. Esto implica el desarrollo de sistemas de evaluación y seguimiento de procesos Y procedimientos prioritarios entre la calidad observada y la calidad esperada con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.

La libre escogencia de las Instituciones Prestadoras de salud (IPSs) por parte de los usuarios ha generado un ambiente de alta competitividad dentro del sector lo cual implica establecer planes de mejoramiento continuo con el fin de prestar servicios con calidad, eficiencia, oportunidad y fácil acceso lo que obviamente permite un adecuado desarrollo y crecimiento de las instituciones y así consolidar su posición en el mercado.

Por lo anterior, se hace necesario fundamentar y sustentar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad mediante el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Con el fin de posicionar a la empresa mediante la identificación de los factores internos (laboral, productivo, gerencial, operativo) y externos (políticas económicas sectoriales – IPS- nacionales, regionales y locales) además de la implementación de un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad que la empresa debe tomar como referencia en el proceso de toma de decisiones.

Se hace cada vez más evidente la necesidad de autoevaluación para la toma de decisiones referentes a: asignación de recursos, dirección de la organización y prestación del servicio. Esto implica revisar el diseño del sistema, los incentivos, trabajar en gerencia de los procesos, analizar el conocimiento disponible, los mecanismos de difusión y dar información a los usuarios para lograr que el sistema opere como se desea.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO INSTITUCIONAL

La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander, CAPRUIS, es una entidad prestadora de servicios de salud, sin ánimo de lucro, creada mediante Acuerdos No. 017 de 1970 del Consejo Superior Universitario y 150 de 1970 del Consejo Directivo de la Universidad Industrial de Santander, UIS, como un Fondo Delegatario de dicha universidad, con patrimonio y rentas propias representado judicial y extrajudicialmente por su Gerente. Cuenta con Personería Jurídica según Resolución No. 0211 del 26 de noviembre de 1970 de la Gobernación de Santander.

El Consejo Superior de la UIS mediante el Acuerdo 024 de 2001, autorizó a CAPRUIS, para administrar su propio Sistema de Seguridad Social en Salud, y dependiente de ella, de conformidad con la Ley 647 de 2001 del Congreso de la República, que facultó a las Universidades Estatales u oficiales, para que en uso de la autonomía universitaria organicen un sistema propio de salud para sus funcionarios y pensionados.

CAPRUIS se encuentra ubicada en la Ciudad Universitaria, carrera 27 con calle 9- Apartado Aéreo 2718, Teléfono: Conmutador: 6328383, Fax: Ext. 104. Página web: www.capruis.gov.co, E-mail: webmaster@capruis.gov.co.

IPS CAPRUIS

La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander CAPRUIS, presta servicios de nivel I a sus usuarios directamente en sus instalaciones y ofrece la atención del nivel II, III, y IV a través de la red de prestadores local y nacional, ubicada en el Municipio de Bucaramanga en el Departamento de Santander

OBJETIVOS GENERALES DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER CAPRUIS

- Garantizar la prestación de los servicios con eficiencia, y trato humanizado, satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios

- Contar con una Empresa que sea auto sostenible económicamente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER CAPRUIS

- Establecer un Centro de Costos organizado por Dependencias que reflejen la buena utilización de los recursos.
- Capacitar el equipo de trabajo permanentemente.
- Prestar un servicio humanizado y cordial.
- Implementar un sistema de información.

3.1.1 Misión. La Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander CAPRUIS, entidad perteneciente al Sistema Universitario de Seguridad Social, presta servicios medico asistenciales al personal vinculado y pensionado de la Universidad Industrial de Santander y de CAPRUIS y su grupo familiar. La caja busca el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios a través de la promoción de conductas saludables y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, fundamentados en principios de respeto, tolerancia, solidaridad, innovación y trato humanizado.

3.1.2 Visión. Para el año 2010 CAPRUIS se proyecta como una institución líder dentro del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, resultado de un trabajo estratégico, atención humanizada, fortalecimiento y mejoramiento continuo de la calidad del servicio médico asistencial y odontológico, y del fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realizados a sus usuarios.

3.1.3 Valores Institucionales

- **LEALTAD:** Fidelidad a los principios, normas, valores y compromisos adquiridos consigo mismo y con los compañeros, eligiendo los medios que conduzcan a mantenerlos firmes a través del tiempo.
- **RESPETO:** Actitud de comprensión consigo mismo, compañeros, usuarios, familiares e Institución, que permitan entender su actuación y mantener cordura y tolerancia frente a ellos.
- **CONFIANZA:** Credibilidad que se tiene en las personas, seguridad en el otro y en sí mismo, obrando conforme a Criterios Éticos definidos en busca de logros específicos, personales o comunes.

- **SOLIDARIDAD:** Colaboración, entrega, apoyo y servicio constante a los compañeros y usuarios en todo tipo de necesidades, buscando que logren los objetivos y el bien común.
- **COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD:** Actitud de llevar a cabo las obligaciones adquiridas en la entidad, reflejada en los resultados y en el servicio al cliente.
- **TRATO HUMANIZADO:** Calidez, empatía y amabilidad en la atención y trato a los usuarios y compañeros.
- **DINAMISMO:** Motivación y dedicación en la realización de las actividades institucionales.
- **PUNTUALIDAD:** Cumplimiento cabal de los horarios para la realización de las labores corporativas y en la atención a los usuarios, de acuerdo con los plazos de tiempo que se fijan para la ejecución de una tarea.

3.1.4 Objeto Social de la Empresa. Prestación de servicios de salud del Nivel I en forma directa en sus instalaciones: Medicina General, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Odontología, Fisioterapia, Nutrición y Programas de Promoción y Prevención. Las demás especialidades se prestan con médicos adscritos a la Caja. En los Niveles II, III, y IV, CAPRUIS

ofrece los servicios a nivel local, a través de la red de servicios integrada por las clínicas de la ciudad y el Hospital Universitario de Santander. A nivel nacional la atención a los usuarios es dada en la red conformada por las cajas de previsión de las universidades públicas del país. Para los sitios en donde no hay red contratada, se reconoce al afiliado el servicio recibido bajo la modalidad de reembolso. El Reglamento de Prestación de Servicios de CAPRUIS, se encuentra contenido en el Acuerdo 010 de 2005 de la Junta Directiva y ratificado por el Rector de la Universidad Industrial de Santander según Resolución 975 del 22 de Septiembre de 2005

3.1.5 Portafolio de Servicios.

a. Servicios a través de la red de prestadores contratada por la entidad

- Urgencias: servicio que la institución presta por medio de la red de prestadores a nivel local y nacional
- Hospitalización y cirugía: tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- Atención ambulatoria: atención dentro de 24 horas

b. Servicios en su sede:

- Farmacia: CAPRUIS utiliza la denominación común internacional (nombre genérico) en la prescripción y dispensación de medicamentos, de acuerdo con el listado básico definido por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la entidad
- Consulta de Medicina familiar
- Consulta de Medicina Especializada: Ginecología, Pediatría, Neuropediatría, Medicina Interna para realización de consulta directa, interconsulta o en caso de que se requiera atención especializada urgente
- Consulta de Odontología
- Fisioterapia: Sesiones
- Nutrición
- Enfermería: procedimientos básicos y pequeña cirugía
- Trabajo Social

3.1.6 Programas de Promoción y Prevención. Acordes con las resoluciones 412 des 200 y 3384 de 2000, tienen como propósito lograr un diagnóstico precoz de patologías, fomentar hábitos saludables y contribuir a mejorar la calidad de vida des los afiliados a la caja.

- a. Programa de crecimiento y desarrollo
- b. Programa de vacunación a enfermedades inmunoprevenibles
- c- Programa de detección de alteraciones de la Agudeza visual
- d. Programa de salud oral
- e. Programa de atención integral a la mujer gestante
- f. Programa de prevención de cáncer de cérvix
- g. Programa de prevención de cáncer de próstata
- h. Programa de prevención de cáncer de seno
- i. Programa de planificación familiar para hombres y mujeres
- j. Programa de prevención de riesgo cardiovascular
- k. Programa de Detección de Alteraciones del adulto

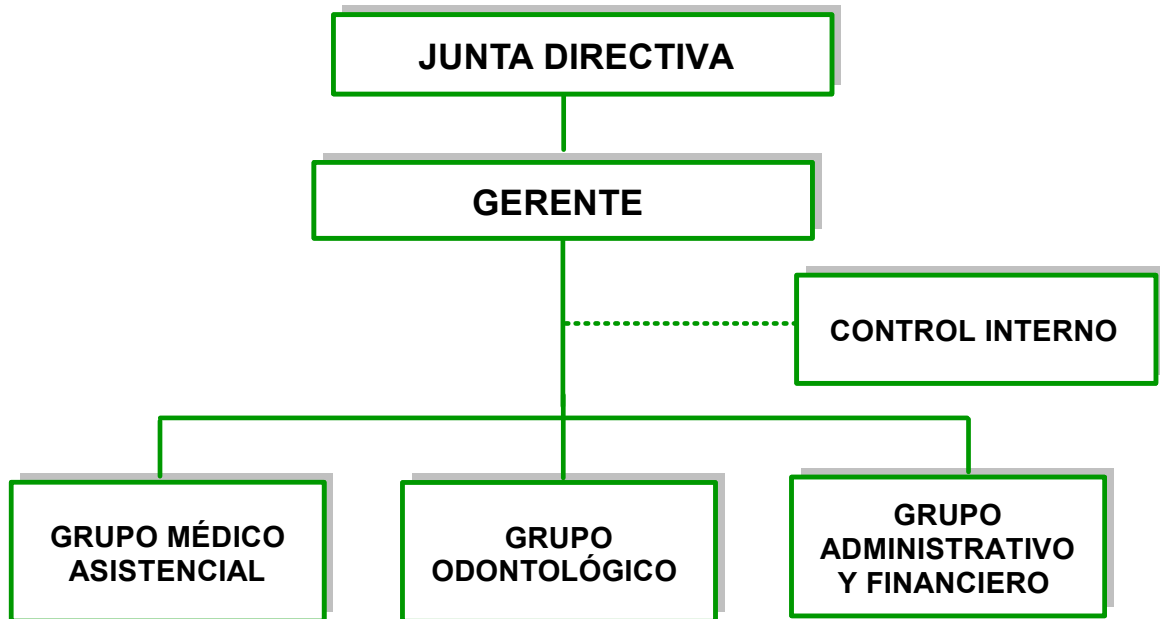
3.1.7 Caracterización de Nuestros Usuarios. Docentes y personal administrativo de las distintas facultades de la universidad industrial de Santander y sus familias distribuido según cuadro anexo por edad y genero, afiliados directos, beneficiarios.

CAJA DE PREVISION SOCIAL – UIS DISTRIBUCION DE USUARIO POR SEXO, EDAD Y AFILIACION JUNIO DE 2008									
GRUPOS ETAREOS	AFILIADOS DIRECTOS			BENEFICIARIOS			TOTAL		
	M	F	T	M	F	T	M	F	TOTAL
0 < 1	0	0	0	2	6	18	12	6	18
1 – 4	0	0	0	39	49	88	39	49	88
5 – 9	0	0	0	100	75	175	100	75	175
10 – 14	1	0	1	143	116	259	144	116	260
15 – 19	0	0	0	142	145	287	142	145	287
20 – 24	4	1	5	123	123	246	127	124	251
25 – 29	15	9	24	4	15	19	19	24	43
30 – 34	30	21	50	9	28	37	39	49	88
35 – 39	39	25	64	8	44	52	47	69	116
40 – 44	82	50	132	8	51	59	90	101	191
45 – 49	114	102	216	14	67	81	128	169	297
50 – 54	114	85	199	17	67	84	131	152	283
55 – 59	114	83	197	9	77	86	123	160	283
60 – 64	104	61	165	7	40	47	111	101	212
65 – 69	86	53	139	5	42	47	91	95	186
70 – 74	65	25	85	5	33	38	70	53	123
75 – 99	52	39	91	4	88	52	56	87	143
	820	549	1369	649	1026	1675	1469	1575	3044

3.1.8 Estructura Organizacional. Ver Organigrama.



ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



El organigrama de la entidad está representado por un Gerente, un Grupo Médico Asistencial, un Grupo Administrativo y Financiero y Grupo Odontológico. Cuenta con 40 empleados de nómina y 20 de contrato, de los cuales son 18 profesionales del área de la salud 11 con educación media vocacional, 10 con educación básica primaria de los cuales 8 son auxiliares de enfermería.

3.2 MARCO LEGAL

La Constitución Política de Colombia ordenó:

ARTICULO 48 La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

ARTICULO 49 La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

ARTÍCULO 189 Corresponde al Presidente de la república como Jefe de Estado, Jefe del Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa:

Numeral 11 Ejercer la potestad reglamentaria, mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes.

- **LEY 10 DE 1990.**

Por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo principal era establecer la descentralización administrativa de los servicios de salud.

ARTICULO 1 La intervención del estado en la fijación de normas de calidad y garantía de acceso de la población a los servicios de salud, los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento.

ARTICULO 49 Sobre normas científicas y calidad de los servicios.

- **LEY 60 DE 1993**

La cual distribuye las competencias y los recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial de la administración pública. Esta Ley refuerza la descentralización que inició la Ley 10 de 1.990.

Artículo 34 Como aplicación de la norma y en cuanto a una de las competencias en salud, todas las organizaciones sin ánimo de lucro cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, deben acreditar ante el Ministerio de Salud, o en quien éste delegue, o ante las direcciones

departamentales o distritales de salud, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico administrativa en la forma que señala el reglamento. La documentación pertinente puede ser requerida para verificación del registro o cancelación de la personería jurídica. Derogada

LEY 100 DE 1993

Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y define la transformación del sistema de salud en Colombia. Esta Ley desarrolla ampliamente el principio de eficiencia, el cual resulta de un mejor funcionamiento de cada una de las instituciones y se apoya en la consolidación del proceso de descentralización y en el fortalecimiento de la participación más amplia y mejor calificada del sector privado y de los usuarios de los servicios. El fomento de la competencia entre los proveedores y la libre elección a que tienen derecho las personas, se convierte en la mejor garantía en la prestación de servicios oportunos con calidad y seguridad para los usuarios. Así mismo, la Ley 100 fomenta en los prestadores de servicios de salud el mejoramiento de la infraestructura y la introducción de instrumentos de gestión como el sistema de costos, la auditoría médica y el control de calidad.

- Artículo 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

- Artículo 153. Determina como reglas del servicio público de salud y aval de los derechos de los usuarios la equidad, obligatoriedad, protección integral, participación social, calidad y libre escogencia de los servicios y propone mecanismos de control que garanticen su cumplimiento.

- Artículo 185. Este artículo hace referencia a la autonomía administrativa, técnica y financiera, funciones a realizar y principios básicos de calidad y eficiencia que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 186 Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

ARTICULO 199 Información de los Usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario.

- 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 de las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Ley 1122 de 2007

La Ley 1122 realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, contemplado en la ley 100 de 1993. Básicamente sus objetivos son:

- Mejor calidad y oportunidad de los servicios de salud
- Nuevos recursos para lograr la cobertura universal, es decir que todos los 43 millones de colombianos tengan acceso a los servicios básicos de salud.
- Ejercer mayores controles y vigilancia sobre los recursos

- Artículo 1°. Para el logro de sus objetivos esta Ley hace reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- Artículo 2. Establece mecanismos que permiten la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 1011 DE 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Artículo 1°. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicará a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

- Artículo 2°. Establece las siguientes definiciones:

- 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.

- Auditoria 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.

- Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

- Prestadores de Servicios de Salud. incluye, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

- Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

- 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.

- Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

- Artículo 3°. Enuncia que las acciones del SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

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

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

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

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

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

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

- Artículo 4°. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud tiene los siguientes componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Resolución 1043 de 2006

Esta Resolución hace referencia a 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.

- Artículo 1°. Establece como condiciones de habilitación la capacidad tecnológica y científica o estándares básicos de estructura y procesos

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; la Suficiencia Patrimonial y Financiera que garantice sostenibilidad y competitividad de las instituciones; finalmente, las condiciones de capacidad técnico administrativa o requisitos legales de existencia y representación legal y la existencia de estados financieros acordes a las normas contables.

- Artículo 2. Los estándares de habilitación están contenidos en el anexo 1 y sus características son fiabilidad, esencialidad y sencillez. El anexo 2 incluye guías de procedimientos en habilitación.

Resolución 2680 de 2007

Modifica parcialmente la resolución 1043 del 2006 que hace referencia a las condiciones y estándares exigidos para el proceso de habilitación.

Resolución 1445 de 2006

- Artículos 1 y 2. Mediante estos artículos la Resolución en mención establece las funciones que debe tener la Entidad Acreditadora y da una serie de estándares de acreditación contenidos en el anexo técnico número

uno que aplican a las EAPB y deben ser utilizados para evaluar los niveles de calidad alcanzados en la atención en salud.

Resolución 1446 de 2006 y Anexo técnico

- Artículo 1°. Hace referencia al sistema de información para la calidad y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y la evaluación de la gestión de calidad, brindar información a los usuarios para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Artículo 2. Los niveles de operación del sistema de información para la calidad son:

- Nivel de Monitoria del sistema cuyos indicadores servirán para el monitoreo de la calidad de la atención en salud en toda la nación y el desempeño de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Nivel de Auditoría Externa entre los actores del sistema y permite proponer y utilizar indicadores adicionales acorde a sus competencias.
- Nivel de Monitoría Interna que constituye la evaluación de indicadores y la vigilancia de los eventos adversos al interior de las instituciones siendo obligatorios los indicadores de riesgos establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

CIRCULAR ÚNICA DE LA SÚPER INTENDENCIA DE SALUD 2008

La Superintendencia Nacional de Salud imparte lineamientos sobre Estándares, Indicadores de calidad y Reporte de información que las EPS y las empresas de medicina prepagada deben tramitar semestralmente con el objeto de velar por el cumplimiento de las normas en el campo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Esta información se deriva de la evaluación que dichas entidades realizan de la propia de la red de prestadores para demostrar su suficiencia y buen desempeño del programa de referencia y contrarreferencia; de los propios procesos de atención al usuario y los realizados por las IPS para garantizar la calidad de los servicios; y la evaluación de la Atención al usuario para medir su satisfacción frente a los servicios recibidos.

NORMATIVIDAD RELACIONADA CON EL SISTEMA UNIVERSITARIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Constitución Política

- **Artículo 69.** Define la autonomía universitaria, por medio de la cual las Universidades establecen sus directrices y se rigen por sus propios estatutos.

Ley 30 de 1992

- **Artículos 3, 28 y 57.** Organiza el servicio público de la Educación Superior, reglamenta la autonomía universitaria con Personería Jurídica, autonomía académica, administrativa y financiera, patrimonio independiente y podrán elaborar y manejar su presupuesto de acuerdo con las funciones que le corresponden.

Ley 100 de 1993

Artículo 204. Inciso 1º modificado por el Artículo 10 de la Ley 1122 de 2007. La cotización al Régimen Contributivo de Salud es el 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleado es del ocho punto cinco por ciento (8.5%) y

a cargo del empleado el cuatro por ciento (4%). Uno punto cinco (1.5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación del régimen subsidiado. Las cotizaciones que tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en un cero punto cinco por ciento (0.5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a que hace referencia el presente Artículo. El cero punto cinco por ciento (0.5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual es incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0.5%).

Ley 647 de 2001. Modifica parcialmente la Ley 30 de 1992.

- **Artículo 1º.** El inciso 3o. del artículo 57 de la Ley 30 de 1992, quedará así:

El carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprende la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente ley

- **Artículo 2.** Adiciona el siguiente párrafo al artículo 57 de la Ley 30 de 1992:

Parágrafo. El sistema propio de seguridad social en salud de que trata este artículo, se rige por las siguientes reglas básicas:

a) Organización, dirección y funcionamiento. Es organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades pueden abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

b) Administración y financiamiento. El sistema es administrado por la propia Universidad que lo organiza y se financian las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1o. del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema puede prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) Afiliados. Únicamente puede tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y

jubilados de la respectiva Universidad. Se debe garantizar el principio de libre afiliación y la afiliación se considera equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que se permitan afiliaciones simultáneas;

d) Beneficiarios y plan de beneficios. Se tienen en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

e) Aporte de solidaridad. Los sistemas efectúan el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

3.3 MARCO CONCEPTUAL.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como *“el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios.*

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales.

- **ATENCION EN SALUD**

Es 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 de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Se define 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; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado.

- **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.

- **ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE**

La organización debe coordinar y articular todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Los sistemas de atención en salud son de alto riesgo, por lo tanto deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva como de manera proactiva, cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras para garantizar la seguridad de los usuarios

- **BENEFICIOS**

El mejoramiento de la calidad representa beneficios a la organización reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Marco Legal

Desde la Ley 100 de 1993 se plantea la importancia de la calidad en la atención en salud y en el ARTICULO 153 (numeral 9) se define que “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

Posteriormente el Ministerio de la Protección social reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud a través del Decreto 2309 de 2002 derogado en el 2006 por el decreto 1011 del 8 de mayo; donde se definen los cuatro componentes básicos del sistema: sistema Único de habilitación, el sistema Único de acreditación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad, los cuales deben ser cumplidos por todos los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, bajo la supervisión del ministerio de la protección social y la superintendencia nacional de salud.

El título IV del decreto 1011 en sus artículos 32 al 40 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que deberá ser implantado por las diversas entidades. Las instituciones prestadoras de servicios deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales deberán adelantar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de las características definidas por el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención como son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad consignadas en el artículo 3 del decreto.

Partiendo de esta reglamentación y conscientes de que solo en la medida en que se realice un adecuado control a los procesos, se haga seguimiento a los mismos y se definan metas a cumplir, comparándose con las mejores prácticas, LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER CAPRUIS considera urgente y ante todo prioritaria la necesidad de acceso para el desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (pamec) del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en la caja de previsión de la universidad industrial de Santander “CAPRUIS con el fin de evaluar sus procesos de atención y diseñar planes de mejoramiento que le permitan alcanzar los

estándares superiores de calidad, garantizar la seguridad en la atención en salud y cumplir con la normatividad vigente del ministerio de protección social.

3.3.1 Metodología General para Elaboración del PAMEC. CAPRUIS a partir del el documento “AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD” formulado por el Ministerio de la Protección Social, en el cual dicta los parámetros indicativos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, efectuó un análisis de los mismos y los adoptó para el diseño y desarrollo del PAMEC.

En este documento, se explica que “la Auditoría es un proceso de permanente seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios y que inciden de manera importante en la atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso que le brindó la atención, llenando sus expectativas, con el fin último de detectar oportunamente problemas de calidad mediante el proceso de comparación de la calidad observada contra la calidad esperada, analizando sus causas y definiendo áreas críticas para las acciones de mejora de la calidad”.

Gestionar la calidad en una organización requiere que sus integrantes comprendan el propósito de la calidad y sus beneficios; “aplicando metodologías de evaluación y mejoramiento técnicamente diseñadas y

basadas en evidencia científicamente probada, de acuerdo a la complejidad de los problemas de calidad enfrentados, de tal manera que los esfuerzos dedicados a la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sean costo-efectivos”.

Teniendo en cuenta lo anterior CAPRUIS inició un proceso de formación de un grupo de colaboradores que constituyeron el equipo de calidad y quienes tiene la capacidad de diseño elaborar ajuste e implementación del PAMEC y aplicar metodologías de calidad científicamente probadas para su despliegue y aplicación dentro de la institución del equipo de calidad.

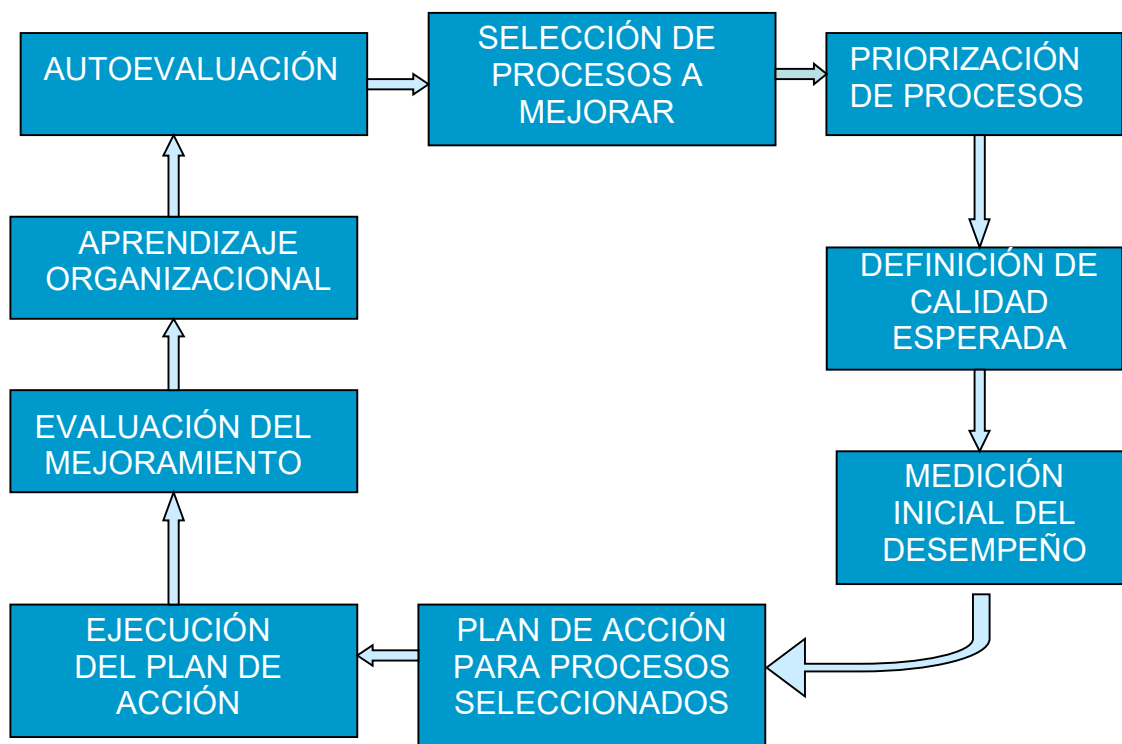
En este proceso, se identificaron las falencias presentadas en la prestación del servicio, situación que nos llevó a comprender la importancia de caracterizar los procesos de la institución para que así mismo, todos los colaboradores sigan un estándar de atención y se propicie la articulación de las diferentes áreas funcionales, proporcionando una atención enfocada en la satisfacción del usuario; de aquí surge la necesidad de encaminar políticas para a la implementación de guías y manuales que permitan que el cliente interno realice sus funciones de acuerdo a parámetros establecidos que faciliten y agilicen la ejecución de sus labores.

Además, el plan propende por la formulación y desarrollo de las políticas la gerenciales y estrategias para que sean enfocadas en los procesos

detectados como prioritarios, y que al ser mejorados incidan realmente en el cumplimiento de las metas propuestas dentro de una política de calidad.

El proceso seguido por la institución para la elaboración del PAMEC tuvo en cuenta la Ruta Crítica definida por el Ministerio de Protección Social, se esquematiza a continuación:

RUTA CRÍTICA



4. ASESORIA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (PAMEC) DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN LA CAJA DE PREVISIÓN DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER “CAPRUIS”

El conjunto de herramientas técnicas y científicamente probadas utilizadas por la institución para la elaboración del PAMEC se presentan en la Tabla 1:

TABLA 1. Etapas de elaboración del PAMEC y herramientas utilizadas

Etapa del PAMEC (Basada en la Ruta crítica)	Metodología / Herramienta técnico - científica
1. Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Autodiagnóstico basado en los estándares del Sistema Único de Acreditación. • Entrevistas a personal de la institución • Revisión de encuestas a usuarios • Entrevista a la alta gerencia
2. Selección y priorización de procesos a mejorar	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de diagramas matriciales de planificación de procesos.
3. Definición de la calidad esperada	<ul style="list-style-type: none"> • Despliegue de la Función de Calidad (QFD – Quality Function Deployment) • Comparación de estándares de acreditación
4. Medición inicial del desempeño de los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de gestión (Eficiencia, eficacia) • Sistema Único de Información (Resolución 1446 de 2006 – Anexo Técnico)
5. Plan de Acción para procesos seleccionados	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología para el análisis y solución de problemas (MASP) • Técnica de Lluvia de ideas
6. Evaluación de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Se proponen formatos para que sean aplicados por la Institución.

La aplicación de las herramientas implicó un ejercicio de búsqueda de información, conceptualización y formación que llevó a la detección y análisis de problemas y causas y, a la planeación y formulación de acciones de mejora.

Para la evaluación, análisis de causas raíz y la definición de oportunidades de mejora y elaboración de planes de mejoramiento, seleccionamos la lluvia de ideas porque facilita el trabajo en equipo, la fluidez y creatividad involucrando a los actores de los procesos; permitiendo relacionarlos con otras herramientas como el Diagrama de Espina de Pescado.

En el proceso participaron la alta gerencia, Los jefes de los grupos de médicos, odontológico y administrativo financiero y el grupo auditores internos conformados por cuatro colaboradores.

La aplicación de la metodología permitió el trabajo en equipo y el uso de técnicas que facilitaron la identificación de los procesos prioritarios y las acciones de mejora.

4.1. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

CAPRUIS cumple con los requisitos de capacidad tecnológica, científica, de infraestructura y capacidad financiera determinados en el componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. La identificación de oportunidades de mejoramiento en CAPRUIS se llevó a cabo en dos etapas:

La primera es la realización de auto evaluación y diagnóstico, en donde se logró identificar las fortalezas para resaltar y las oportunidades de mejora de la calidad que afectan a la institución, Las áreas participantes en esta etapa fueron: La gerencia, el control interno, Los jefes de los grupos de médicos, odontológico, administrativo financiero y el equipo de calidad.

TABLA 2. Autoevaluación y diagnóstico.

Aspecto crítico	Principales Fortalezas	Oportunidades de mejora
Realización de acciones preventivas	Existencia protocolos de los procedimientos más frecuentes	No se cuenta con protocolos documentados de algunos procedimientos. No existencia de indicadores de evaluación.
Control sobre medicamentos e insumos	Existencia de comité de compras, Farmacia y Terapéutica.	No existencia de indicadores de evaluación.
Control de equipos biomédicos	Se cuenta con las hojas de vida de cada equipo. Existencia de programa de mantenimiento programado, preventivo y correctivo.	No existencia de copias de las hojas de vida de cada dependencia.
Bioseguridad	Se cuenta con COPASO. Existencia de plan de emergencias y desastres. Se ha realizado capacitación sobre manejo de residuos hospitalarios. Manejo y almacenamiento adecuado de residuos hospitalarios.	No están desplegados los protocolos de asepsia y antisepsia. No existencia de manual de esterilización. No se realiza programación de COPASO. No hay señalización adecuada de la ruta de los desechos hospitalarios.
Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud	Se realiza control de insumos. Existencia de comité de Historias Clínicas.	No se ha implementado el plan de auditoría.

Historia Clínica	<p>Existe historia clínica única completa.</p> <p>Aseguramiento de la confidencialidad de la historia clínica.</p> <p>Existencia de comité de Historias clínicas, que sesiona mensualmente y dentro del cual se levantan las respectivas actas sobre las actividades realizadas, como la evaluación periódica de las historias clínicas y los correctivos aplicados.</p>	Las historias clínicas no se encuentran archivadas en carpetas según la reglamentación vigente.
Gerencia de la información	<p>Existe información asistencial y administrativa.</p> <p>Se realiza mantenimiento preventivo.</p>	<p>Este proceso esta en etapa de documentación</p> <p>No se realiza back-up de la información.</p> <p>No existe perfil epidemiológico establecido, No se están llevando indicadores</p>

El segundo es la elaboración de un listado de problemas de calidad el cual se basó en los clientes externos, clientes internos, identificación de los procesos de mayor consulta, egreso y que ejercen mayor riesgo al paciente. Esta lista se obtuvo a través de:

- encuestas realizadas a los clientes externos,
- reuniones interfuncionales,

- entrevistas a clientes internos y
- observación por parte del equipo auditor.

Dentro de los principales problemas detectados cabe mencionar:

Proceso Consulta Externa:

- Tramitología y demora en el proceso de consulta externa.
- No seguimiento de orden médica por pacientes ambulatorios
- No existencia de algunos protocolos y procedimientos documentados.
- No existencia de visitas domiciliarias.
- No oportunidad en la asignación de la cita médica.

Proceso de Farmacia:

- No entrega oportuna de medicamentos
- Falta de explicación de la fórmula médica
- No control de las fechas de vencimiento de medicamentos
- Fórmula médica de profesionales adscritos no cumple con los parámetros establecidos por la ley.

- No seguimiento del protocolo terapéutico por parte del personal Médico
- No hay software de administración de inventarios
- Agotamiento de existencias en farmacia
- Demora en suministro de medicamentos
- Falta de organización en el área de almacenamiento de medicamentos

Proceso Gestión Humana

- No existencia de programas de capacitación y actualización
- Falta de compromiso de algunos funcionarios
- Falta de calidad humana por parte de algunos funcionarios

Proceso de Satisfacción del Usuario

- Implementación parcial de la oficina SIAU.
- Falta información general de la empresa al usuario: Visión, Misión, objetivos
- Falta de oportunidad en la respuesta de quejas y reclamos
- Falta de amabilidad en la atención
- Falta de información al usuario de sus deberes y derechos
- Falta de un adecuado proceso de comprobación de derechos

- Prestación de servicios sin comprobación de derechos

Proceso de Bioseguridad:

- No hay despliegue de protocolos de asepsia y antisepsia
- No existencia de manual de esterilización
- No hay señalización adecuada de la ruta de desechos hospitalarios

Finalmente, se debe resaltar que el proceso realizado en esta etapa para la identificación de puntos críticos de la institución, permitió el análisis detallado de las diferentes áreas funcionales de la entidad, obteniendo una visión más práctica de las mismas y posibilitando el proceso de detección de los problemas de calidad, para establecer una base sobre la cual ejercer los procesos de planeación y mejora, así como, realizar una intervención en forma racional.

4.2. SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS

Partiendo del principio de que los recursos son limitados se deben establecer prioridades en los procesos teniendo en cuenta que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo.

CAPRUIS en el proceso de auto evaluación identificó una serie de procesos susceptibles de mejora y los cuales deberían someterse a un proceso de priorización. La metodología utilizada por CAPRUIS para selección de los procesos críticos fue la denominada ***Enfoque ponderado de selección***, la cual analiza y compara los procesos identificados mediante la herramienta **“Matriz de Selección y priorización de procesos críticos”**.

Tomando en consideración que los procesos seleccionados como prioritarios son aquellos en los cuales la alta gerencia y / o los clientes no están satisfechos con el desempeño actual, bien sea, con los resultados obtenidos o con la forma como se desarrollan las actividades; la entidad efectuó una evaluación integral de los procesos internos teniendo en cuenta a sus diversas partes interesadas: Usuario y familiares, cliente interno, y la propia organización.

TABLA 3. MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROCESOS EN LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACTORES CRITICOS DE ÉXITO	IMPACTO EN SATISFACCION CLIENTE EXTERNO	NIVEL DE RIESGO	FRECUENCIA DE USO DEL PROCESO	IMPACTO SATISFACCION CLIENTE INTERNO	IMPACTO EN USO DE RECURSOS	TENDENCIA	TOTAL
PROCESOS							
CONSULTA EXTERNA	3	4	2	2	4	3	18
FARMACIA	3	3	2	3	3	2	16
GESTION HUMANA	1	1	1	3	3	2	11
SATISFACCION USUARIO	3	3	3	3	2	2	16
BIOSEGURIDAD	2	2	2	2	3	2	13
TOTAL	12	13	10	13	15	11	74

- ❖ Impacto en satisfacción de usuarios y familiares: 1 Bajo 2 Mediano 3 Alto
- ❖ Nivel de riesgo sobre el usuario: 1 Bajo 2 Moderado 3 Alto 4 Muy alto
- ❖ Frecuencia de uso (del proceso) 1 Poco frecuente 2 Moderada 3 alta 4 Permanente
- ❖ Tendencia: 1 problema raro 2 Es estable en los últimos años 3 Aumento progresivo
- ❖ Impacto en satisfacción de médicos y personal asistencial : 1 No afecta 2 Baja 3 Moderada 4 Alta
- ❖ Impacto en eficiencia (uso de recursos): 1 No afecta 2 Bajo 3 Moderado 4 Alto

En ese orden de ideas, los criterios utilizados por CAPRUIS para comparar y seleccionar los procesos fueron:

- a) Impacto en satisfacción de usuarios y familiares
- b) Nivel de riesgo sobre el usuario
- c) Frecuencia de uso (del proceso)
- d) Tendencia
- e) Impacto en satisfacción de médicos y personal asistencial
- f) Impacto en eficiencia (uso de recursos)

TABLA 4. PROCESO PRIORIZACION Y PROBLEMAS DETECTADOS EN LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

PROCESO PRIORITARIO	PROBLEMAS DETECTADOS
SATISFACCION DEL USUARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación parcial de la oficina SIAU. • Falta información general de la empresa al usuario: Visión, Misión, objetivos • Falta de oportunidad en la respuesta de quejas y reclamos • Falta de amabilidad en la atención • Falta de información al usuario de sus deberes y derechos • Falta de un adecuado proceso de comprobación de derechos • Prestación de servicios sin comprobación de derechos
FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> • No entrega oportuna de medicamentos • Falta de explicación de la fórmula médica • No control de las fechas de vencimiento de medicamentos • Fórmula médica de profesionales adscritos no cumple con los parámetros establecidos por la ley. • No seguimiento del protocolo terapéutico por parte del personal Médico • No hay software de administración de inventarios • Agotamiento de existencias en farmacia • Demora en suministro de medicamentos • Falta de organización en el área de almacenamiento de medicamentos
CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Tramitología y demora en asignación de citas • No seguimiento de orden médica por pacientes ambulatorios • No existencia de protocolos y procedimientos documentados. • No existencia de visitas domiciliarias. • Respeto del turno asignado • No se recuerda la cita al paciente

4.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

El establecimiento de la forma como se desea que se lleve a cabo el proceso determinado como prioritario y los instrumentos que se usarán para el seguimiento y verificación de los resultados, indicadores de gestión, es lo que nos permite definir el nivel de calidad esperada.

La IPS CAPRUIS utilizó como metodología de definición de la calidad esperada el **“Despliegue de la Función de Calidad”** (o QFD por sus siglas en inglés); la cual es un método de diseño de productos y servicios que recoge las demandas y expectativas de los clientes y las traduce, en pasos sucesivos, a características técnicas y operativas satisfactorias. La metodología QFD ha sido probada, utilizada y mejorada desde 1960, año en que se originó en el Japón.

El QFD, se fundamenta en la búsqueda de las necesidades del usuario, teniendo en cuenta tanto las expresadas como las no expresadas, las cuales son trasladadas dentro de acciones de diseños y comunicadas a través de toda la organización. Se constituye en una herramienta de apoyo importante para la toma de decisiones en la etapa temprana de diseño, con el fin de desarrollar productos que involucren las *características de calidad* que logran maximizar la satisfacción del cliente.

El equipo escogido para la elaboración del PAMEC en la institución partió de la determinación de la importancia que tiene para nuestra empresa el cliente, dirigiendo nuestros esfuerzos hacia la satisfacción del mismo, diseñando los procesos y la evaluación de los resultados obtenidos, encaminándonos hacia la obtención de la calidad y la excelencia empresarial.

Se implementó una metodología que nos permitió definir acciones de manera integrada y sistemática, dirigiendo las actividades hacia el cliente, realizando los siguientes pasos:

- Identificación de los clientes.
- Identificación de las expectativas de los clientes teniendo en cuenta cinco dimensiones de satisfacción relacionadas con la atención en salud: accesibilidad, comunicación, cortesía, competencia, capacidad de respuesta y tangibilidad
- Fijación de compromisos para satisfacer las necesidades, de acuerdo a los estándares de calidad establecidos por la ley, los recursos con los que cuenta la entidad, disponibilidad de personal, infraestructura y equipos.
- Realización de la matriz de calidad esperada.

- Realización de la evaluación de la interrelación entre las necesidades y los compromisos, que en nuestro caso arrojó resultados satisfactorios porque los compromisos propuestos satisfacen en su gran medida las necesidades detectadas.

Se presenta a continuación las tablas que representan la matriz de calidad esperada de los procesos de consulta externa de CAPRUIS, en donde se puede observar claramente la fuerte interrelación que representa para cada una de las necesidades los compromisos propuestos, y que así mismo todas las necesidades se encuentran cubiertas por alguna acción de mejora.

TABLA 5. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA DE CAPRUIS

Nombre de la Institución	IPS CAPRUIS								
Nombre del Proceso Crítico	CONSULTA EXTERNA					Fecha de Elaboración	05/02/08		
Cliente	EXTERNO								
QUÉ'S / CÓMO'S	Mantenimiento preventivo equipos	Implementación de manuales de proc.	Cronograma actualización	Comité de ética	Historias	Sistematización consulta externa	Comité de Farmacia y terapéutica	Habilitar el Servicio	Suma
Calidad de materiales y equipos	9							9	18
Calidad en la prestación del procedimiento	9	9	9	9		3		9	48
Calidad Humana y profesional		9	9	9				9	36
Oportunidad y eficacia en la atención	9	9	9	9		9	9	9	63
Entrega oportuna de medicamentos	1	9	9			9	9		37
SUMA	28	36	36	27		21	18	36	

TABLA 6. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE CAPRUIS

Nombre de la Institución		IPS CAPRUIS								
Nombre del Proceso Crítico		SATISFACCIÓN AL USUARIO					Fecha de Elaboración		01/02/08	
Cliente		Externo, familiares								
CÓMO'S QUÉ'S	Programación de visitas		Sistematización de consulta	Adecuar sitio especial	Implementación oficina SIAH	en el MPP de la droguería explicación	Entrega de insumos a cada	Programas capacitación para mejorar calidad de	Funcionamiento del comité de Ética Hospitalaria	SUM A
	Atención médica	9				9				
Realización de visitas domiciliarias	3	9	3		9			9		33
Información completa sobre servicios que cubre el carnet y número de consultas que se atienden por núcleo familiar	9	9			9			9		36
Información completa sobre el medicamento administrado y su forma de usos incluyendo los efectos secundarios.	9	9	9		9	9		9		54
Mejorar la asepsia					9		9		9	27
Trato cordial	3	9		9	9	9	3	9	9	60
Oportunidad en el servicio de inyectología				9						9
Agilizar trámite en consulta externa			9							9
SUMA	3	36	21	18	54	18	12	36	18	

TABLA 7. MATRIZ DE CALIDAD ESPERADA DEL PROCESO DE FARMACIA DE CAPRUIS

Nombre de la Institución		IPS CAPRUIS									
Nombre del Proceso Crítico		FARMACIA					Fecha de Elaboración		08/03/08		
Cliente		EXTERNO									
CÓMO'S QUÉ'S	Diligenciar Ficha Control Fechas de Vencimiento	Entrega de insumos a dependencias	Implementación y Aplicación de Manuales de Procesos	Cronograma de Capacitación y Actualización	Comité de Ética Médica	Comité de Farmacia y Terapéutica	Diligenciamiento de formatos	Realizar control de humedad y temperatura	Organizar Medicamentos de acuerdo a	Aplicar el BPM	SUMA
CALIDAD DE MEDICAMENTOS	9	9	9			9	9	9		9	63
CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	90
INFRAESTRUCTURA ADECUADA						9		9	9	9	36
SUMA	18	18	18	9	9	27	18	27	18	27	

4.4 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO

En la búsqueda del ejercicio periódico de monitoreo y seguimiento de los procesos prioritarios de la IPS CAPRUIS, se diseñó un sistema de indicadores de gestión, para así evaluar el grado de mejoramiento obtenido por la entidad con las acciones de mejora propuestas.

Con este fin se estudiaron y analizaron los siguientes elementos:

- a. El sistema Único de Información, reglamentado en la Resolución 1446 de 2006 y su Anexo Técnico.
- b. Aquellos propios de la entidad para hacer seguimiento a las fallas de calidad detectadas en la etapa de identificación de procesos a mejorar.

Para realizar un seguimiento se recopiló información del año anterior 2007 y los tres primeros meses del año 2008 para los que son obligatorio cumplimiento establecidos por la Resolución 1446 y para los formatos de evaluación histórica se efectuó una medición del mes de marzo.

TABLA 8. INDICADORES DE CAPRUIS

PROCESO PRIORITARIO	NOMBRE DEL INDICADOR	DESEMPEÑO ACTUAL	CALIDAD DESEADA (META)
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	No. de quejas recibidas (mes)	0	0
	Porcentaje de satisfacción Global	75%	95%
	Índice de respuesta a quejas y reclamos	20%	95%
CONSULTA EXTERNA	Índice de calidad de la Historia Clínica	33%	95%
	Índice de calidad de la fórmula médica	40%	95%
	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta médica general	4 días	2 días
	Índice de satisfacción del cliente en consulta externa	75%	95%
FARMACIA	Oportunidad en la entrega de medicamentos	90%	100%

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de satisfacción Global
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA:
CATEGORIA DEL INDICADOR	Proceso y resultado
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir porcentaje de los usuarios satisfechos globalmente
DIMENSIONES	Accesibilidad, Oportunidad, Eficiencia y Continuidad
JUSTIFICACION	.
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Sumatoria Total de usuarios encuestados que consideran los servicios buenos o excelentes} \times 100}{\text{Numero Total de usuarios encuestados, en un mismo período de tiempo.}}$
FOCO DE MEDIDA	Porcentaje de satisfacción
TIPO DE MEDIDA	semanal
NIVEL DE DESAGREGACION	Aplica para los usuarios de consulta externa de CAPRUIS
NUMERADOR	Sumatoria Total de usuarios encuestados que consideran los servicios buenos o excelentes.
DENOMINADOR	Numero Total de usuarios encuestados, en un mismo período de tiempo.
DEFINICION DE LOS DATOS	Porcentaje entre 80 % y 95% Aceptable Menor de 79% No aceptable
FUENTE DE LOS DATOS	encuestas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	trimestral
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Coordinador SIAU
RESPONSABLE DE DECISION	Gerente General
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: Índice de calidad de la Historia Clínica
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA:
CATEGORIA DEL INDICADOR	resultado
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir la calidad de los registros de la Historia clínica
DIMENSIONES	Eficiencia y Continuidad
JUSTIFICACION	Verificar la Calidad de los registros de historia clínica de consulta externa realizada por los médicos generales de CAPRUIS
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{\# de Historias con calificación excelente}}{\text{\# de historias evaluadas}}$
FOCO DE MEDIDA	Historias Clínicas
TIPO DE MEDIDA	Numero de Historias clínicas
DEFINICION DE LOS DATOS	Menor del 70%: NO ACEPTABLE Entre 71 y 80% : DEFICIENTE Entre 81 y 90%: BUENO Mayor del 90%: EXCELENTE
FUENTE DE LOS DATOS	Historias clínicas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Coordinador Medico y equipo auditor
RESPONSABLE DE DECISION	Gerente General
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: Índice de respuesta a quejas y reclamos
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA:
CATEGORIA DEL INDICADOR	Proceso
OBJETIVO DEL INDICADOR	Determina el promedio de tiempo de espera para ser respondidas las quejas de los usuarios
DIMENSIONES	Oportunidad, Eficiencia y Continuidad
JUSTIFICACION	Evaluarla celeridad con que la entidad responde a las quejas presentadas por los usuarios
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Total de quejas respondidas antes de 8 días}}{\text{Numero total de quejas presentadas en la Institución en el mismo periodo de tiempo}}$
FOCO DE MEDIDA	Tiempo de respuesta a la queja o reclamo
TIPO DE MEDIDA	Días
NIVEL DE COMPARACION	Estándar del Ministerio de la Protección social. Meta 10ías
NIVEL DE DESAGREGACION	Aplica para los usuarios de consulta externa de medicina general de la IPS
DEFINICION DE LOS DATOS	Hasta 8 días para responder después de presentada la queja
FUENTE DE LOS DATOS	Registro de respuestas a queja y reclamos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Coordinador Medico
RESPONSABLE DE DECISION	Gerente General
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS PARA MEDICINA GENERAL
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA: FEBRERO DE 2008
CATEGORIA DEL INDICADOR	Proceso
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir el tiempo promedio en la asignacion de las citas de medicina general en la IPS, para atender la demanda de servicios,orientando decisiones de mejoramiento y la evaluacion contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.
DIMENSIONES	Accesibilidad, Oportunidad, Eficiencia y Continuidad
JUSTIFICACION	En la IPS se ha identificado demora en la asignación de citas para medicina general, por lo cual se hace necesario realizar monitorización por parte de la institución debido a que la atención por el medico general es la mas importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema, pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha para la cual fue asignada $\frac{\text{Numero total de consultas medicas generales asignadas en la Institución}}{\text{Tiempo de asignación de citas}}$
FOCO DE MEDIDA	Tiempo de asignación de citas
TIPO DE MEDIDA	Días
NIVEL DE COMPARACION	Estándar del Ministerio de la Protección social. Meta 3 días
NIVEL DE DESAGREGACION	Aplica para los usuarios de consulta externa de medicina general de la IPS
NUMERADOR	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.
DENOMINADOR	Numero total de consultas medicas generales asignadas en la Institución
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Menor de 3 días Aceptable Mayor de 3 días No aceptable
FUENTE DE LOS DATOS	Registro Electrónico de asignación de citas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Coordinador Medico
RESPONSABLE DE DECISION	Gerente General
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER –CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de vigilancia de eventos adversos en consulta externa
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA:
CATEGORIA DEL INDICADOR	Proceso
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir la Proporción de vigilancia de eventos adversos en consulta externa
DIMENSIONES	Seguridad ,Pertinencia ,Oportunidad, Eficiencia y Continuidad
JUSTIFICACION	En la IPS se hace necesario desarrollar la cultura del seguridad del paciente para prevenir los eventos adversos posibles en CAPRUIS
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número total de eventos adversos detectados y gestionados}}{\text{total de eventos adversos detectados}} \times 100$ Número
TIPO DE MEDIDA	% de eventos adversos
NIVEL DE COMPARACION	Estándar del Ministerio de la Protección social. Meta menor al 1 %
NIVEL DE DESAGREGACION	Aplica para los usuarios de consulta externa de medicina general de la IPS
FUENTE DE LOS DATOS	Registro Electrónico de vigilancia d eventos adversos
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Coordinador Medico
RESPONSABLE DE DECISION	Gerente General
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS	
	NOMBRE DEL INDICADOR: Índice de calidad de la fórmula médica	
	APROBADO POR: Gerencia General	
	FECHA: Octubre 20 de 2007	
CATEGORIA DEL INDICADOR		Proceso
OBJETIVO DEL INDICADOR		Medir la calidad de los registros en las ordenes medicas ordenados por los medicos de CAPRUIS.
DIMENSIONES		Accesibilidad, Oportunidad, Eficiencia
JUSTIFICACION		En la poca legibilidad de los registros clínicos en la formulas medicas con el riesgo de eventos adversos secundarios a medicamentos por entrega equivocada de medicamento ordenado.
FÓRMULA DEL INDICADOR		# fórmulas médicas con calificación excelente _____ # fórmulas médicas evaluadas
TIPO DE MEDIDA		Numero de Formulas
DEFINICION DE LOS DATOS		Menor del 70%: NO ACEPTABLE Entre 71 y 80% : DEFICIENTE Entre 81 y 90%: BUENO Mayor del 90%: EXCELENTE
FUENTE DE LOS DATOS		Registro de ordenes medicas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR		Mensual
RESPONSABLE DE GERENCIACION		Coordinador Medico
RESPONSABLE DE DECISION		Gerente General
AJUSTE POR RIESGO		No aplica

DATOS CORPORATIVOS	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER -CAPRUIS
	NOMBRE DEL INDICADOR: Oportunidad en la entrega de medicamentos
	APROBADO POR: Gerencia General
	FECHA: enero de 2008
CATEGORIA DEL INDICADOR	Proceso y resultado
OBJETIVO DEL INDICADOR	Definir la oportunidad en el suministro de medicamentos
DIMENSIONES	Oportunidad y Continuidad
JUSTIFICACION	Que porcentaje de las fórmulas prescritas no se entrega en su totalidad, en el momento en que se solicitan
FÓRMULA DEL INDICADOR	Total de fórmulas prescritas que tuvieron algún pendiente de entrega x 100 / Total de fórmulas prescritas y solicitadas, en un mismo período de tiempo.
FOCO DE MEDIDA	Numero de formulas
TIPO DE MEDIDA	Formulas
NIVEL DE COMPARACION	Hasta el 3% de los medicamentos prescritos puede quedar pendiente de entrega
NIVEL DE DESAGREGACION	Aplica para los usuarios de consulta externa de medicina general de la IPS
NUMERADOR	Total de fórmulas prescritas que tuvieron algún pendiente de entrega x 100
DENOMINADOR	Total de fórmulas prescritas y solicitadas, en un mismo período de tiempo
DEFINICION DE LOS DATOS	Hasta el 3% de los medicamentos pueden quedar pendientes Aceptable Mayor de 3.1% de los medicamentos pueden quedar pendientes días No aceptable
FUENTE DE LOS DATOS	Auxiliar de Farmacia - Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
RESPONSABLE DE GERENCIACION	Auxiliar de Farmacia - Departamento de Facturación
RESPONSABLE DE DECISION	Departamento de Estadística
AJUSTE POR RIESGO	No aplica

TABLA 9. MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS EN CONSULTA EXTERNA DE CAPRUIS

	TENDENCIA				VALOR SOCIAL				VULNERABILIDAD			TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1 Oportunidad de la cita médica es mayor de 4 días				4				4			3	48
2. El usuario cancela e incumple la cita médica			3			2				2		12
3. Incorrecta asignación de la cita médica			3			2				2		12
4.No se recuerda la cita médica al usuario			3				3		1			9
5. Tramitología para asignación de citas		2					3			2		12
6. Falta crear y documentar algunas guías clínicas de manejo		2					3				3	18
7. Falta adecuación y mantenimiento en fisioterapia			3			2				2		12
8. No seguimiento de orden médica por pacientes ambulatorios				4		2				2		16
9. No existencia de visitas domiciliarias.		2					3			2		12
10. Falta sentido de pertenencia con la institución.		2					3				3	18
TOTAL												

TENDENCIA: 1 problema raro 2 Es estable en los últimos años 3 Aumento progresivo 4 El problema muestra crecimiento marcado

VALOR SOCIAL: 1 No se observa interés en el problema 2 Poco interés 3 El problema suele ser incluido 4 Se observa especial interés

VULNERABILIDAD: 1 No hay nada o muy poco que hacer 2 El problema responde parcialmente a las medidas que se toman 3. El problema responde favorablemente

DIAGRAMA 1. ESPINA DE PESCADO CONSULTA EXTERNA

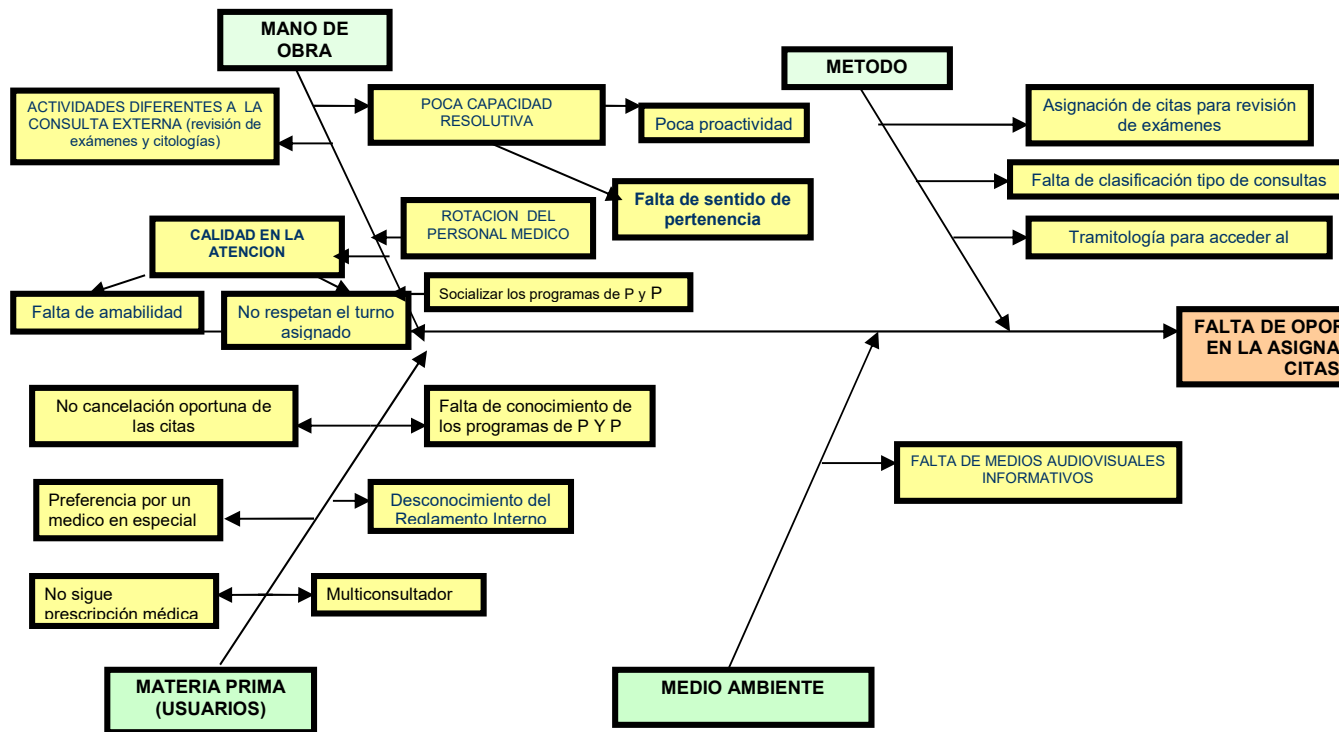


TABLA 10. MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS EN SATISFACCION DEL USUARIO

PROBLEMAS	TENDENCIA				VALOR SOCIAL				VULNERABILIDAD			TOTAL
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1. Implementación parcial de la oficina SIAU.		2						4			3	24
2. Falta información general de la empresa al usuario: Visión, Misión, objetivos, deberes y derechos.				4				4		2		32
3. Falta de oportunidad en la respuesta de quejas y reclamos		2				2				2		8
4. Falta de amabilidad en la atención		2				2				2		8
5. Falta de un adecuado proceso de comprobación de derechos		2					3			2		12
6. Prestación de Servicios sin comprobación de derechos		2					3		1			6
7. Falta de medios de comunicación para divulgación de la información al usuario.			3			2				2		12
8. Capacitación del personal encargado de la oficina SIAU.				4		2				2		16
TOTAL												

TENDENCIA: 1 problema raro 2 Es estable en los últimos años 3 Aumento progresivo 4 El problema muestra crecimiento marcado

VALOR SOCIAL: 1 No se observa interés en el problema 2 Poco interés 3 El problema suele ser incluido 4 Se observa especial interés

VULNERABILIDAD: 1 No hay nada o muy poco que hacer 2 El problema responde parcialmente a las medidas que se toman 3. El problema muestra solución favorable.

DIAGRAMA2. ESPINA DE PESCADO SATISFACCION DEL USUARIO

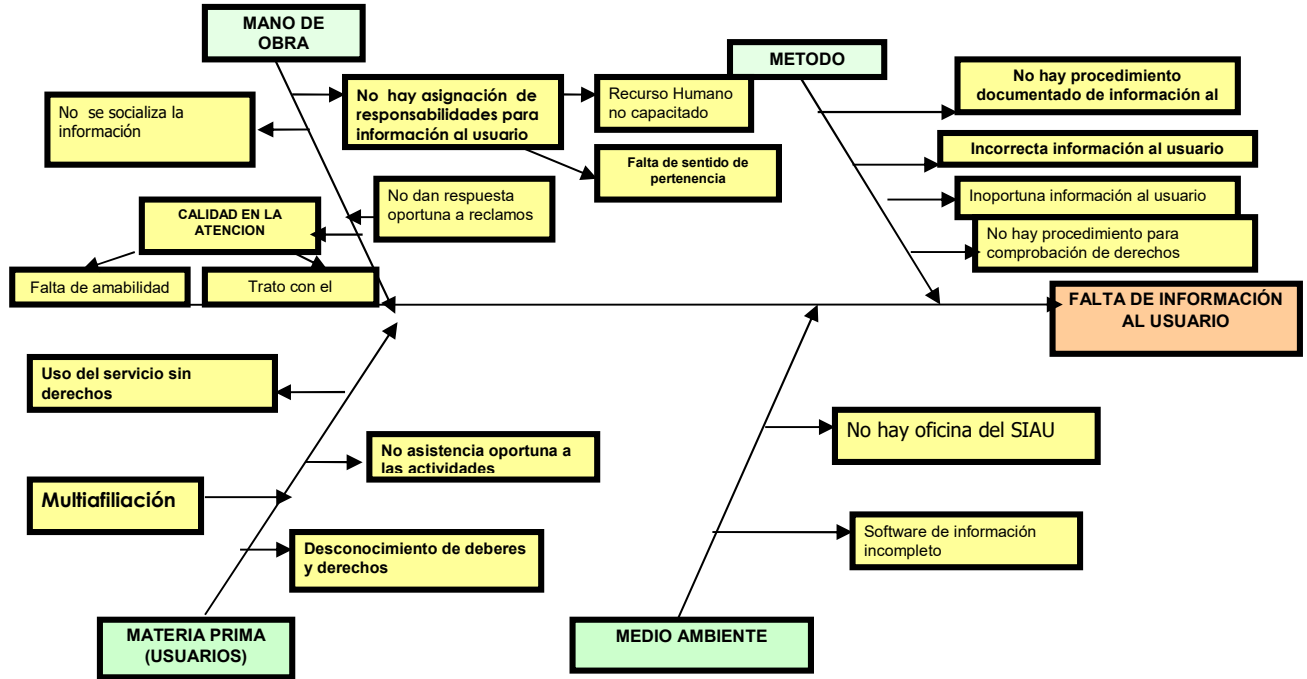


TABLA 11. PRIORIZACION DE PROBLEMAS EN FARMACIA DE CAPRUIS

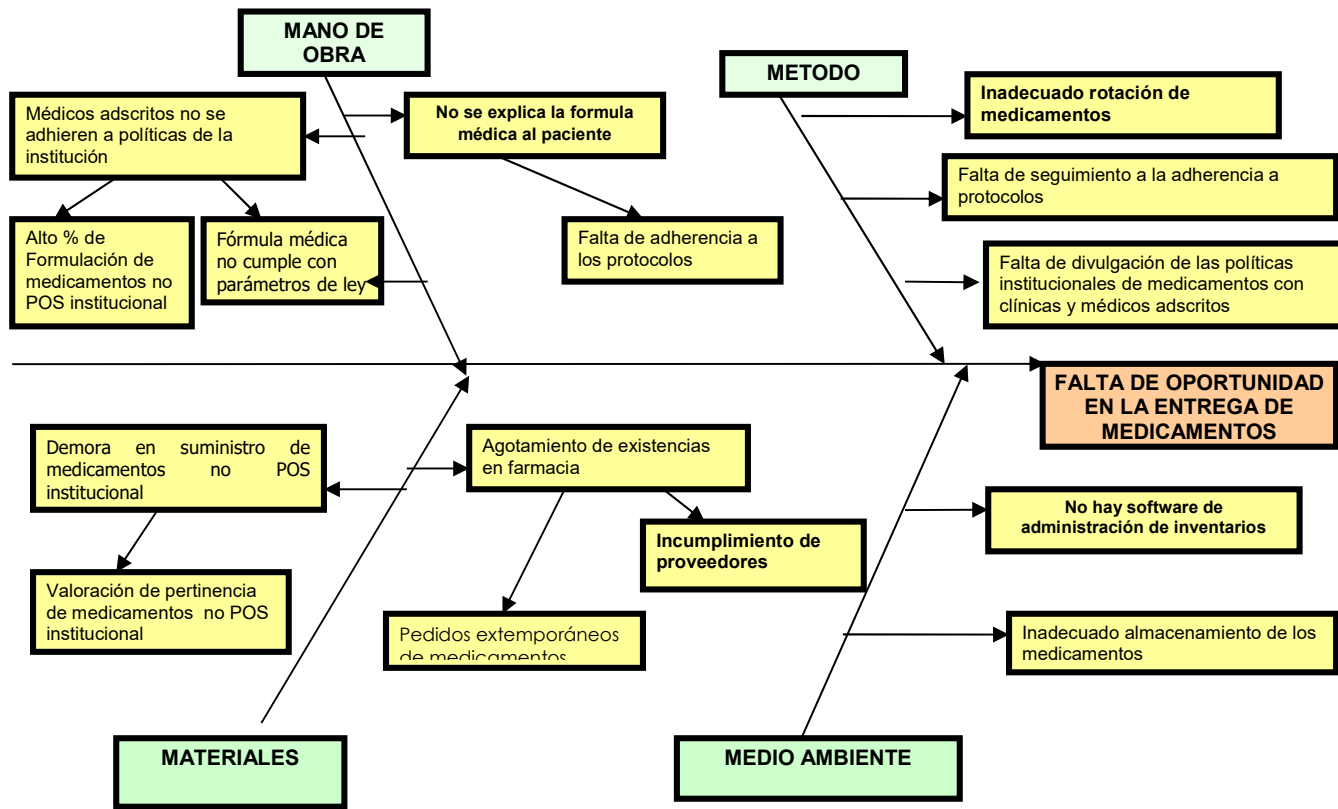
PROBLEMAS	TENDENCI				VALOR SOCIAL				VULNERABILID AD			TOT AL
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
1. No entrega oportuna de medicamentos			4					4			3	48
2. Falta de explicación de la fórmula médica		2					3				3	18
3. No control de las fechas de vencimiento de medicamentos		2					3				3	12
4. Fórmula médica de profesionales adscritos no cumple con los parámetros establecidos por la ley.			3			2			2			12
5. No seguimiento del protocolo terapéutico por parte del personal Médico			3				3		2			18
6. No existencia de protocolos y procedimientos documentados		2					3				3	18
7. No hay software de administración de inventarios		2					3				3	18
8. Agotamiento de existencias en farmacia		2					3				3	18
9. Demora en suministro de medicamentos por proveedores	1						3		2			6
TOTAL												

TENDENCIA: 1 problema raro 2 Es estable en los últimos años 3 Aumento progresivo 4 El problema muestra crecimiento marcado

VALOR SOCIAL: 1 No se observa interés en el problema 2 Poco interés 3 El problema suele ser incluido 4 Se observa especial interés

VULNERABILIDAD: 1 No hay nada o muy poco que hacer 2 El problema responde parcialmente a las medidas que se toman. 3. El problema responde favorablemente.

DIAGRAMA 3. ESPINA DE PESCADO- FARMACIA



4.5 PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO 2008 – 2009

El Plan de mejoramiento de la IPS CAPRUIS se ha formulado con base en:

- a. Identificación de oportunidades de mejoramiento.
- b. Fijación de compromisos de calidad.

Para esto, se conformaron grupos de mejora que efectuaron la definición de problemas y realizaron su respectivo análisis mediante el uso de herramientas de calidad.

En primer lugar, para definir los problemas se identificaron parámetros de especificidad, observabilidad, medición y susceptibilidad de manejo, haciendo uso además, de listas de chequeo que permitieron efectuar un estudio de impacto, lugar de presencia y frecuencia de presentación

Una vez elaborado este análisis, se describieron las causas principales de dichos problemas por medio de una lluvia de ideas, para el desarrollo del diagrama de árbol que esquematizó en forma específica y organizada las raíces de los problemas, proporcionando las alternativas para su solución.

De acuerdo a lo anteriormente descrito se presenta la descripción general del Plan de Mejoramiento para cada proceso prioritario seleccionado por nuestra CAPRUIS

4.5.1 Propuesta Plan de Mejoramiento Consulta Externa

PROBLEMA: Inoportunidad en la Asignación de Citas de medicina general					
CAUSA RAIZ: Asignación de citas médica general para actividades diferentes como citas de control de enfermería y toma de citologías.					
OBJETIVO: Mejorar la oportunidad en la asignación de citas medico asistenciales.			META: Disminuir el tiempo de asignación de citas medico asistenciales a 2 días		
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Revisar la aplicación del Procedimiento de Asignación de Citas médicas	Coordinador Medico	Primera semana de julio.	Oficina de Coordinación	Garantiza el conocimiento y aplicación del procedimiento por el personal involucrado.	Interrogando al personal involucrado (repcionista de central de citas) sobre el conocimiento del mismo
Redefinir el procedimiento según hallazgos	Coordinador Medico	Segunda semana de julio	Oficina de Coordinación	Es necesario contar con procedimientos ágiles que le den oportunidad a la asignación de citas	Usando herramientas de análisis de problemas como la tormenta de ideas.
Socializar el procedimiento con los ajustes	Coordinador Medico	Tercera semana de julio	Sala de Juntas o de Capacitación	Permite estandarizar el proceso y evidenciar el entendimiento del mismo.	Realizando un taller sobre el tema con el personal involucrado.
Verificar que el procedimiento se esté llevando a cabo	Coordinador Medico	Primera semana de agosto	Puesto de trabajo	La adherencia y seguimiento a las guías y protocolos garantiza un servicio oportuno y la satisfacción del usuario	Evaluando el desempeño del personal que realiza el procedimiento y aplicando el indicador que evalúe el resultado

4.5.2 Propuesta Plan de Mejoramiento Satisfacción del Usuario

PROBLEMA: FALTA DE INFORMACION AL USUARIO					
CAUSA RAIZ: No hay un procedimiento documentado de información al usuario					
OBJETIVO: Garantizar que la información al usuario sea oportuna			META: Aumentar el índice de satisfacción del usuario al 95%		
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Definir y documentar el procedimiento del SIAU	Gerente	15 de julio	Gerencia	Garantiza unificar la información para el usuario	Con la participación de grupos primarios por áreas
Definir responsabilidades para el manejo de la oficina del SIAU	Gerente	15 de julio	Gerencia	Garantiza la implementación del procedimiento	Designando personal idóneo
Socializar el procedimiento del SIAU	Gerente y Jefe oficina SIAU	Del 1 al 15 de agosto	Sala de capacitación	Garantiza la cultura organizacional y que la información llegue a todo el personal	A través de talleres con líderes de áreas.
Implementar el procedimiento	Jefe oficina SIAU	A partir del 16 de agosto	Oficina del SIAU	Garantizar satisfacción del usuario	Poniendo en práctica el procedimiento
Verificar que el procedimiento se esté llevando a cabo	Jefe oficina SIAU	16 de Septiembre	Oficina del SIAU	La adherencia y seguimiento a las guías y protocolos garantiza un servicio oportuno y la satisfacción del usuario	Observación directa

4.5.3 Propuesta Plan de Mejoramiento Farmacia

PROBLEMA: FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS					
CAUSA RAIZ: No adherencia de los médicos a las políticas de formulación de la institución					
OBJETIVO: mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos			META: garantizar que el 95% de medicamentos se entregue oportunamente		
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Evaluación de proveedores	Jefe de compras y jefe farmacia	Julio 15	Comité de compras	Para garantizar la entrega oportuna de los medicamentos	Revisando indicadores de cumplimiento de proveedores
Implementación de programa de inventario de farmacias	Jefe de farmacia	Junio 30	Farmacia	Garantiza la rotación y control de existencias	Con software adaptado por el área de informática
Organización del área de almacenamiento	Equipo de farmacia	Junio 15	Farmacia	Facilita la ubicación y conservación de medicamentos	Jornada de Orden y aseo y seguimiento
Verificar adherencia del personal de farmacia a los protocolos del área	Jefe de farmacia	Mensual a partir de junio de 2008	Farmacia	Garantiza la calidad del proceso y seguridad del usuario	Observación directa, encuestas, comparación de inventarios y existencias

4.6 PROGRAMA DE AUDITORÍA A PROCESOS PRIORITARIOS

Como elemento de evaluación al Plan de Mejoramiento de la IPS CAPRUIS ha definido un programa de seguimiento a los procesos prioritarios, para evaluar si las acciones que se están ejecutando son efectivas.

Para este fin, se ha elaborado el **PROGRAMA DE AUDITORÍA** de la institución, que pretende proyectar las fechas en que se evaluará la realización de los procesos críticos y los resultados obtenidos, mediante el análisis de los indicadores fijados, comparando la calidad esperada contra la observada.

Como fruto de este programa de auditoría, la IPS CAPRUIS fijará las acciones coyunturales, de seguimiento y preventivas que sean pertinentes para garantizar el mejoramiento continuo de los procesos definidos como críticos por la institución, empleando para ello las estructuras que a continuación son mencionadas.

1. **Programación de Auditorías.** Formato diseñado para establecer la periodicidad en el tiempo y la frecuencia con que serán llevadas a cabo las auditorías a nivel interno que permitan la evaluación del cumplimiento de los niveles de calidad esperados.

2. **Planeación de Auditoría.** Formato guía que permite establecer la agenda de trabajo sobre los procesos por auditar, estableciendo la ruta secuencial y el tiempo a emplear.

La planeación de la auditoría se ha contemplado realizar en cada una de las auditorías que la organización realice para la verificación del adecuado desempeño de sus procesos prioritarios.

3. **Listas de Verificación.** Es el instrumento principal en la ejecución de la auditoría, debido a que de forma anticipada la organización ha estructurado un cuestionario mediante el cual verificará el cumplimiento de los principales requisitos del proceso o actividad priorizada.

Las listas de verificación se han diseñado con base en el ciclo de mejoramiento o PHVA, teniendo como propósito el auditar las diferentes etapas que componen un proceso, como son: la planeación, su organización, su ejecución, su verificación, y su acción, entendiendo esta última como las actividades encaminadas a la mejora o corrección de las desviaciones encontradas.

4. **Informe de Auditoría.** Documento que recopila de manera sintetizada y describe en forma explícita los hallazgos encontrados en la

realización de la auditoria. Es una pieza importante en la definición de planes de mejora.

5. **Formato para la identificación de fallas y toma de acciones.** Su propósito es el de registrar las fallas encontradas en los procesos prioritarios definidos por la institución, bien sea en la ejecución de una auditoria o en el seguimiento al cumplimiento de los estándares del proceso.

Las actividades descritas se realizarán semestralmente por el equipo de auditoría interna de la institución conformado por jefe control interno, la auditora medica, el sugerente administrativo

4.7 RELACIÓN DEL PAMEC CON LA ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL

Entendiendo la importancia que hoy tiene la atención centrada en el cliente, con la realización del PAMEC, la institución define sus operaciones internas orientadas a la provisión de servicios equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, esforzándose por mantener la calidad en sus

procesos, cumpliendo con los parámetros de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Con la implementación de un sistema de garantía de calidad que parte del despliegue de instrumentos que garantizan el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, la conceptualización y el desarrollo de técnicas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, el propósito siguiente, es crear las condiciones propicias para el fortalecimiento de la calidad esperada y la búsqueda, en un ejercicio responsable de la autonomía, de la acreditación como prestadores de servicios de salud, adquiriendo el compromiso con nuestros usuarios de implementar un mejoramiento continuo, adecuado manejo de las buenas prácticas, y renovación periódica de nuestros estándares de acreditación, para así tener la oportunidad de competir con otras instituciones de salud favoreciendo la prestación de mejores servicios y la preferencia de nuestros clientes llevándonos a cumplir la misión que nos hemos propuesto.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS

Proceso / Problema	Impacto en satisfacción de usuarios y familiares	Nivel de riesgo sobre el usuario	Frecuencia de uso	Impacto en satisfacción de compradores de servicios	Impacto en satisfacción de médicos	Impacto en eficiencia	Resultado	Prioridad
SATISFACCIÓN AL USUARIO	5	-	5	5	5	5	3125	3
CONSULTA EXTERNA	5	3	5	5	5	5	9375	1
CONTROL DE MEDICAMENTOS	3	5	1	5	5	1	375	4
FARMACIA	5	5	3	5	5	5	9375	1

ANEXO 2. PROCESOS PRIORITARIOS

MATRIZ DE DEFINICIÓN DE CALIDAD ESPERADA

FORMATO

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA DE CONSULTA EXTERNA

Nombre de la Institución		IPS CAPRUIS						
Nombre del Proceso Crítico		CONSULTA EXTERNA				Fecha de Elaboración		01/03/08
Cliente		EXTERNO						
CÓMO'S	Mantenimiento preventivo equipos	Implementación de manuales de proc.	Cronograma actualización	Comité de ética hospitalaria	Sistematización consulta externa	Comité de Farmacia y terapéutica	Habilitar el Servicio	SUMA
QUÉ'S								
Calidad de materiales y equipos	9						9	18
Calidad en la prestación del procedimiento	9	9	9	9	3		9	48
Calidad Humana y profesional		9	9	9			9	36
Oportunidad y eficacia en la atención	9	9	9	9	9	9	9	63
Entrega oportuna de medicamentos	1	9	9		9	9		37
SUMA	28	36	36	27	21	18	36	

FORMATO
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA DE SATISFACCION AL
USUARIO

Nombre de la Institución		IPS CAPRUIS									
Nombre del Proceso Crítico		SATISFACCIÓN AL USUARIO					Fecha de Elaboración		01/02/08		
Cliente		Externo, familiares									
CÓMO'S	QUÉ'S	Programación mensual de brigadas	Programación de visitas domiciliarias	Sistematización de consulta externa	Adecuar sitio	Implementación oficina SIAU	MPP de la droguería explicación de la	Entrega de insumos a cada servicio	capacitación para mejorar calidad de	comité de Ética Hospitalaria	SU MA
Atención médica		9				9					18
Realización de visitas domiciliarias		3	9	3		9			9		33
Información completa sobre servicios que cubre el carnet y número de consultas que se atienden por núcleo familiar		9	9			9			9		36
Información completa sobre el medicamento administrado		9	9	9		9	9		9		54

y su forma de usos incluyendo los efectos secundarios.										
Mejorar la asepsia					9		9		9	27
Trato cordial	3	9		9	9	9	3	9	9	60
Oportunidad en el servicio de inyectología				9						9
Agilizar trámite en consulta externa			9							9
SUMA	33	36	21	18	54	18	12	36	18	

FORMATO
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA DE FARMACIA

Nombre de la Institución		IPS CAPRUIS									
Nombre del Proceso Crítico		FARMACIA						Fecha de Elaboración		08/03/08	
Cliente		EXTERNO									
CÓMO'S	QUÉ'S	Control/Fechas de Vencimiento Entrega de insumos a dependencias	Manuales de Procesos	Capacitación y Comité de Ética	Comité de Farmacia Médica	Terapéutica y Diligenciamiento de formatos	humedad y	Organizar Medicamentos de	Aplicar el BPM	SU MA	
CALIDAD DE MEDICAMENTOS		9	9	9		9	9	9		9	63
CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		9	9	9	9	9	9	9	9		90
INFRAESTRUCTURA ADECUADA						9		9	9		36
SUMA		18	18	18	9	9	27	18	27	18	27

ANEXO 3. INDICADORES DE DESEMPEÑO DE PROCESOS PRIORITARIOS

PROCESO PRIORITARIO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	DESEMPEÑO ACTUAL	CALIDAD DESEADA (META)
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	No. de quejas recibidas (mes)		0	0
	Porcentaje de satisfacción Global	$\frac{\text{\# total de paciente satisfechos}}{\text{\# total de pacientes encuestados}}$	75%	95%
	Índice de respuesta a quejas y reclamos	$\frac{\text{\# total de quejas resueltas}}{\text{\#total quejas presentadas}}$	20%	95%

CONSULTA EXTERNA	Índice de calidad de la Historia Clínica	$\frac{\text{\# de Historias con calificación excelente}}{\text{\# de historias evaluadas}}$	33%	95%
	Índice de calidad de la fórmula médica	$\frac{\text{\# fórmulas médicas con calif excelente}}{\text{\# fórmulas médicas evaluadas}}$	40%	95%
	Oportunidad en la asignación d citas en la consulta médica general	$\frac{\text{Sumatoria total días calendario entre la fecha de la solicitud de la cita y la asignación de la cita}}{\text{\# total de consultas médicas generales asignadas}}$	4 días	2 días

FARMACIA	Índice de calidad de la fórmula médica	$\frac{\text{\# fórmulas médicas con calif excelente}}{\text{\# fórmulas médicas evaluadas}}$	75%	95%
	Oportunidad en la entrega de medicamentos	$\frac{\text{\# total de medicamentos entregados}}{\text{\# medicamentos formulados}}$	90%	100%

ANEXO 4. FORMATO DE FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA

PROCESO DE CONSULTA EXTERNA						
Nombre de la Institución		CAPRUIS				
Objetivo		Implementar y organizar el proceso de consulta externa con el fin de mejorar el servicio para aumentar la satisfacción del cliente.				
Periodo de planificación		Periodo de Inicio			Periodo de finalización	
		(Día)	(Mes)	(Año)	(Día)	(Mes)
ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIÉN)	FECHA DE FINALIZACIÓN (CUÁNDO)	LUGAR DE REALIZACIÓN (DÓNDE)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (POR QUÉ)	PAUTAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD (CÓMO)	
Implementación y puesta en marcha de la oficina SIAU	Coordinador del SIAU		CAPRUIS	Implementar un medio eficaz que sirva como ente receptor de quejas y reclamos y proporcione información oportuna y adecuada a los usuarios del CAPRUIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación de Coordinador sobre Oficina SIAU ▪ Implementación de Oficina SIAU ▪ Capacitación de la comunidad sobre las funciones de la Oficina SIAU ▪ Puesta en marcha de la Oficina SIAU ▪ Utilización de medios de comunicación para la divulgación del funcionamiento de la Oficina SIAU 	

Conformación y puesta marcha del comité de Ética Médica	coordinador medico			CAPRUIS	Fomentar e impulsar comportamientos éticos entre los funcionarios de la institución, y servir como ente facilitador en la regulación, divulgación, educación y defensa de los derechos de los usuarios y los prestadores de los servicios de salud.
Elaboración e implementación de manuales de procesos y procedimientos	Equipo de Calidad			Capruis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conformación de equipo de trabajo de consulta externa. ▪ Autodiagnóstico del proceso actual. ▪ Elaboración del manual ▪ Socialización del mismo
Creación y documentación de Guías Clínicas de manejo	Gerencia CAPRUIS			Capruis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de guías clínicas existentes ▪ Revisión de la evidencia existente ▪ Elaboración de guías clínicas aplicables en la institución ▪ Documentación

Elaboración y aplicación del formato de seguimiento y control	GRUPO DE AUDITORÍA		CAPRUIS	Verificar que el proceso de consulta externa se está realizando de acuerdo a los manuales de procesos y procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diligenciamiento del formato de seguimiento y control. ▪ Identificación de las causas de no cumplimiento. ▪ Aplicación de correctivos.
Selección del personal de acuerdo a competencias laborales	GERENTE		CAPRUIS	Reclutar personal que cumpla con los requisitos exigidos para desempeñar las funciones de información a cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio de hoja de vida ▪ Examen para estudio de aptitudes y entrevista
Planeación de cronograma de capacitación en coordinación con el SENA	COMITÉ DE PERSONAL		CAPRUIS	Establecer los procesos de capacitación y actualización del personal en forma periódica en personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión de comité de personal con los jefes de área para establecer prioridades de capacitaciones ▪ Solicitud escrita al SENA para coordinar cronograma ▪ Realización de cronograma.

<p>Destinación de recursos para realizar sistematización de consulta externa</p>	<p>Subdirector administrativo</p>		<p>CAPRUIS</p>	<p>Lograr que el servicio de consulta externa sea más ágil y cumpla con los parámetros establecidos por la ley</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destinar partida en el presupuesto de gastos ▪ Realizar cotización de software y hardware ▪ Realización de contrato ▪ Capacitación del personal para el manejo ▪ Puesta en marcha del sistema
<p>Adquisición de muebles y encerres para adecuar la sala de espera</p>	<p>Subdirector administrativo</p>		<p>CAPRUIS</p>	<p>Proporcionar mayor comodidad a los usuarios mejorando el aspecto de la sala de espera de consulta externa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudio de plano para organización de sala de espera ▪ Adquisición de muebles y encerres
<p>Creación de Manuales de Bioseguridad</p>	<p>Jefe de enfermeras</p>		<p>CAPRUIS</p>	<p>Documentación de las medidas necesarias para la realización de los diferentes procedimientos, teniendo en cuenta la normatividad vigente, para la protección tanto del cliente interno como externo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del manual ▪ Socialización de manual de medidas de bioseguridad

ANEXO 5. FORMATO DE FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

PROCESO DE SATISFACCIÓN AL USUARIO						
Nombre de la Institución		CAPRUIS				
Objetivo						
Período de planificación		Período de Inicio			Período de finalización	
		(Día)	(Mes)	(Año)	(Día)	(Mes)
ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIÉN)	FECHA DE FINALIZACIÓN (CUÁNDO)	LUGAR DE REALIZACIÓN (DÓNDE)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (POR QUÉ)	PAUTAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD (CÓMO)	
Planeación de programa de visitas domiciliarias						
Brigadas de salud					▪	
Adecuación de espacio y personal determinado específicamente para inyectología					▪	
Implementación de herramientas para medir la satisfacción del usuario						
Utilización de medios de comunicación para divulgación de existencia de Oficina SIAU						

Emisión de acto administrativo para delegación de responsable de oficina SIAU					
Adquisición de equipos e insumos para la implementación de la Oficina SIAU					
Implementación de manual de procesos y procedimientos para el funcionamiento de la oficina SIAU					
Capacitación del personal encargado de la oficina SIAU					
Disponibilidad de recurso humano y económico					
Capacitación y actualización del personal					
Implementar actividades de bienestar social para cliente interno.					
Implementar charlas de motivación y clima laboral					

ANEXO 6. FORMATO DE FORMULACION PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN EL PROCESO DE FARMACIA

PROCESO DE FARMACIA						
Nombre de la Institución		CAPRUIS				
Objetivo						
Período de planificación		Período de Inicio			Período de finalización	
		(Día)	(Mes)	(Año)	(Día)	(Mes) (Año)
ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIÉN)	FECHA DE FINALIZACIÓN (CUÁNDO)	LUGAR DE REALIZACIÓN (DÓNDE)	PROPÓSITO DE LA ACTIVIDAD (POR QUÉ)	PAUTAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD (CÓMO)	
Elaboración e implementación de manuales de procesos y procedimientos	REGENTE DE FARMACIA		Farmacia	Contar con documentación escrita que oriente y dirija el proceso de farmacia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de normatividad existente ▪ Establecer el esquema de documentación de los protocolos ▪ Elaborar protocolo ▪ Diagnosticar el número de protocolos ▪ Diseñar la medición de la aplicación del protocolo ▪ Realizar seguimiento a la aplicación del protocolo 	
Comité de Farmacia y Terapéutica	COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA		CAPRUIS	Definir criterios de calidad y especificaciones técnicas de los medicamentos distribuidos en la institución así como los mecanismos para la buena disposición de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funcionamiento del comité ▪ Evaluación de fórmulas ▪ Toma de medidas coyunturales 	

<p>Planeación de cronograma de capacitación en coordinación con el SENA</p>	<p>COMITÉ DE PERSONAL</p>		<p>CAPRUIS</p>	<p>Establecer los procesos de capacitación y actualización del personal de farmacia en forma periódica en el hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión de comité de personal con los jefes de área para establecer prioridades de capacitaciones ▪ Solicitud escrita al SENA para coordinar cronograma ▪ Realización de cronograma.
<p>Evaluación de Proveedores</p>	<p>COMITÉ DE COMPRAS</p>		<p>CAPRUIS</p>	<p>Identificar y seleccionar proveedores que garanticen la calidad, la oportunidad en el suministro y la mejor relación costo/ beneficio para la institución a favor de la población a atender</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y solicitar inscripción de proveedores ▪ Revisar y evaluar la inscripción de proveedores ▪ Aprobar y seleccionar los proveedores ▪ Registro de proveedores seleccionados ▪ Establecimiento de políticas de adquisición de IHE ▪ Calificación y evaluación de proveedores según criterios
<p>Implementación de programa Inventario de Farmacia</p>	<p>REGENTE DE FARMACIA</p>		<p>Farmacia</p>	<p>Organizar y agilizar el procedimiento de farmacia para así prestar una atención oportuna a nuestros usuarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualización sobre el uso del programa. ▪ Instalación del software ▪ Alimentación del sistema ▪ Aplicación del sistema ▪ Verificación del correcto funcionamiento

					o del sistema
Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente	REGENTE DE FARMACIA		Farmacia	Establecer medidas de control documentadas facilitando el desarrollo y evaluación de los procesos de farmacia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación de los formatos ▪ Diligenciamiento de los formatos ▪ Verificación de los datos ▪ Evaluación en el Comité de Farmacia
Almacenamiento de IHE según la normatividad vigente	REGENTE DE FARMACIA		Farmacia	Asegurar la correcta calida de los de los IHE mediante el adecuado almacenamiento y permanente monitoreo de las variables ambientales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcar estantes ▪ Demarcar áreas de almacenamiento ▪ Ubicar IHE en por secciones para cada área por grupo farmacológico en orden alfabético ▪ Verificar temperatura, humedad, luz solar y ambiental. ▪ Verificar condiciones de higiene de farmacia y áreas de almacenamiento, mediante cronograma de aseo

ANEXO 7. PROGRAMA DE AUDITORÍA DE PROCESOS PRIORITARIOS

PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍAS									
Proceso	PERÍODO						Nº Auditorias	Auditor Líder	Auditor Acompañante
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
SATISFACCIÓN AL USUARIO	X						1		
CONSULTA EXTERNA	X						1		
FARMACIA		X					1		

ANEXO 8. MODELO DE INFORME

		Fecha de la Auditoría	10	05	07
Proceso auditado:					
Objetivo de la auditoría:					
Alcance de la Auditoría:					
Documentación analizada:					
Responsable del Proceso:		Cargo:			
Lugar de la Interventoría					
Entidad Auditada:					
Ciente de la Auditoría:					
Tipo de Auditoría:					
Nombre del equipo auditor:		Cargo:			
-					
HALLAZGOS					
CONCLUSIONES					
Firma					

ANEXO 9. INSTRUCTIVO DE EVALUACION

EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA MEDICA CONSULTA EXTERNA

EPS _____ #DE	HISTORIA _____		
FECHA _____			
NOMBRE		DEL	
MEDICO _____			
		SI	NO NA
1. La historia clínica es legible?	___	___	___
2. Registra la historia clínica el nombre del paciente y # de identificación?	___	___	___
3. El médico responsable de la consulta esta identificado con firma y sello?	___	___	___
4. Se registra la ocupación del paciente de manera apropiada?	___	___	___
5. La descripción de la enfermedad actual es apropiada para la valoración del motivo de consulta?	___	___	___
6. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes familiares, <u>tóxicos y</u> Traumáticos del paciente?	___	___	___
7. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes patológicos <u>y</u> farmacológicos del paciente?	___	___	___
8. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes quirúrgicos <u>y</u> Hospitalarios del paciente?	___	___	___
9. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes ginecobstetricos <u>y</u> y alérgicos del paciente?	___	___	___
10. Consigna la revisión por sistemas?	___	___	___
11. Se registran los signos vitales del paciente (Peso, T.A, Pulso, Tº, FC, FR)	___	___	___
12. El examen físico es apropiado para valorar la enfermedad actual?	___	___	___
13. Si se SS exámenes paraclínicos y se registran?	___	___	___

14. Se interpretan y registran los resultados de los exámenes paraclínicos Solicitados?	—	—	—
15. Se registra una impresión diagnóstica?	—	—	—
16. Se registra el plan de tratamiento?	—	—	—
17. Se consigna la solicitud de interconsulta?	—	—	—
18. Se registra si se expide incapacidad?	—	—	—
19. Se registra la clase medicamento ordenado?	—	—	—
20. Se registra la dosis y la cantidad de medicamento?	—	—	—

OBSERVACIONES: _____

A continuación se anexa el INSTRUCTIVO utilizado para la evaluación de las historias clínicas con cada uno de los parámetros tenidos en cuenta para cada ítem:

- Se califica como **S (SI)**, si cumple alguno de los criterios
- Se califica como **N (NO)**, si no cumple ninguno de los criterios.
- Se califica como **NA (NO APLICA)**, cuando no es necesario que el médico la haya incluido.

1. La historia clínica es legible?

Para evaluar este parámetro se tuvo en cuenta si la escritura del médico era legible, y en caso contrario, se evalúa como mala en su totalidad.

2. Registra la historia clínica el nombre del paciente y # de identificación

Para evaluar este Ítems el médico debió haber escrito los 2 datos solicitados y en caso de faltar algunos de ellos se calificaba como **N**.

3. El médico responsable de la consulta esta identificado con firma y sello?

En este aspecto se evalúan los 2 datos solicitados, en caso de faltar alguno de ellos se evalúa como **N**.

4. Se registra la ocupación del paciente de manera apropiada?

Se evalúa como **S**, sólo si se encuentra registrada la ocupación del paciente.

5. La descripción de la enfermedad actual es apropiada para la valoración del motivo de consulta?

Se evalúa como **S**, si el motivo de consulta se relaciona con el desarrollo de la enfermedad actual.

6. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes familiares, tóxicos, traumáticos y/o alérgicos del paciente?

Se evalúa como **N**, si no se encuentra ninguno de los antecedentes enunciados.

7. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes patológicos y farmacológicos del paciente?

Se evalúa como **N**, si no se encuentra ninguno de los antecedentes enunciados.

8. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes quirúrgicos y hospitalarios del paciente?

Se evalúa como **N**, si no se encuentra ninguno de los antecedentes enunciados.

9. Se registra la ausencia o presencia de antecedentes ginecobstétricos del paciente?

Se evalúa como S, si se encuentra anotados dichos antecedentes en la historia clínica, en el caso de los hombres se califica como NA

10. Consigna la revisión por sistemas?

Se evalúa como **S**, si este aspecto se consigna en la historia clínica.

11. Se registran los signos vitales del paciente (Peso, T.A, Pulso, T°, FC, FR)?

Se evalúa como **S**, si en la H.C. se registra por lo menos 3 signos vitales en adultos (T.A, F.C, Peso) y en niños 2 (peso y talla).

12. El examen físico es apropiado para valorar la enfermedad actual?

El ítems se evalúa como S, si al examen físico se valora detalladamente el motivo de consulta.

13. Si se SS exámenes paraclínicos y se registran?

Se evalúa como **S**, si se consigna en la H.C. la solicitud de los paraclínicos, en caso de no solicitarlos se considera como no **NA**.

14. Se interpretan y registran los resultados de los exámenes paraclínicos solicitados?

Se evalúa como S, si los resultados de los paraclínicos son registrados en la H.C., de lo contrario se evalúa como N, y si no eran solicitados paraclínicos se evalúa como NA.

15. Se registra una impresión diagnóstica?

Se evalúa como **S**, si en la H.C. se registra el diagnóstico.

16. Se registra el plan de tratamiento?

Se evalúa como S, si en la H.C. se registra el plan de tratamiento ya sea farmacológico a no.

17. Se consigna la solicitud de interconsulta?

Se evalúa como S, si se consigna este aspecto y en caso de no solicitarse se evalúa como NA

18. Se registra si se expide incapacidad?

Se evalúa como **S**, si se consigna este aspecto y en caso de no solicitarse se evalúa como **NA**.

19. Se registra la clase medicamento ordenado?

Se evalúa como **S**, si se consigna el nombre del medicamento ordenado.

20. Se registra la dosis y la cantidad de medicamento?

Se evalúa como **S**, si se consignan los dos datos solicitados en el ítem, en caso de faltar alguno de ellos se evalúa como **N**.

ANEXO 10. LISTAS DE VERIFICACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO CONSULTA EXTERNA

TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES Y RECLAMACIONES										
1. Está perfectamente identificado por el nivel directivo el índice de satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa?										
2. Existen registros diarios de la demanda insatisfecha del servicio de consulta externa?										
3. Existe en el nivel directivo una solución inmediata Definida para demanda insatisfecha del servicio de consulta externa?										
Fecha	Julio 2008						Por el momento no se ha tenido en cuenta	Es un proyecto De futuro	Está implantado Y se refleja en el sistema De calidad	Está implantado Y en proceso de mejoramiento Continuo
Puntuación							1	2	3	4

MEDIDAS A TOMAR

Acción que emprenderá	Quando?	Quien?
Diseñar encuestas para evaluar satisfacción del usuario		Coordinador médico
Elaborar un registro diario sobre demanda insatisfecha		Secretaria de consulta externa

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN										
1. El recurso humano médico es suficiente para cubrir la demanda del servicio de consulta externa?										
2. Están bien definidas y son conocidas las funciones y responsabilidades del personal que actúa en el servicio de consulta externa?										
3. Existen procesos de inducción y reinducción permanentes a los funcionarios										
4. Existe un comité de calidad dentro de la IPS?										
Fecha	Julio 2008						Por el momento no se ha tenido en cuenta	Es un proyecto De futuro	Está implantado Y se refleja en el sistema De calidad	Está implantado Y en proceso de mejoramiento Continuo
Puntuación							1	2	3	4

MEDIDAS A TOMAR

Acción que emprenderá	Cuando?	Quien?
Hacer redistribución de agendas de trabajo teniendo en cuenta el período de mayor demanda		Coordinador médico
Ejecutar un proceso de inducción y reinducción a todo el personal		Coordinador médico
Introducir dentro del grupo primario los conceptos de calidad en la IPS e iniciar un proceso de capacitación		Grupo Primario

SISTEMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO									
1. Existe un plan de mejoramiento para los problemas detectados en el proceso de asignación de citas en el servicio de consulta externa?									
2. Existe un sistema de análisis de la demanda insatisfecha en el servicio de consulta externa?									
3. Se analiza la satisfacción del cliente (encuestas y buzón de sugerencias) y se actúa al respecto?									
4. Existe un sistema de información al usuario sobre el proceso de asignación de las citas por consulta externa?									
Fecha	Julio 2008								
Puntuación									
						Por el momento no se ha tenido en cuenta	Es un proyecto De futuro	Está implantado Y se refleja en el sistema De calidad	Está implantado Y en proceso de mejoramiento Continuo
						1	2	3	4

MEDIDAS A TOMAR

Acción que emprenderá	Cuando?	Quien?
Crear un mecanismo de solución inmediata a la demanda de consulta externa		Coordinador médico
Incentivar en los usuarios el uso del buzón de sugerencias y del formato de quejas y reclamos		Todo el personal
Utilizar ayudas audiovisuales con información sobre el servicio de consulta externa entre otras.		Departamento de comunicaciones

GLOSARIO

- ❖ **ANÁLISIS OCUPACIONAL:** Proceso de recolección, ordenamiento y valoración detallada de las características de un puesto determinado, las actividades a realizar, los requerimientos que exige, las condiciones físicas y habilidades mentales que deben poseer quienes lo desempeñen, teniendo en cuenta los riesgos inherentes a su ejecución.

- ❖ **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** Todas las actividades planificadas y sistemáticas que se implementan dentro del sistema de calidad y demostradas como necesarias para proveer un nivel de confianza adecuado para que una entidad llene los requerimientos de calidad.

- ❖ **AUDITORIA DE CALIDAD:** Examen sistemático e independiente para determinar si las actividades de calidad y los resultados relacionados cumplen con los acuerdos planeados y si estos acuerdos se implementan efectivamente y se corresponden con el logro de los objetivos.

- ❖ **AUTORIDAD:** Derecho a dar órdenes y el poder de esperar obediencia.

- ❖ **AUTORIDAD FUNCIONAL:** Derecho que se delega en una persona para controlar procesos, prácticas, políticas, objetivos u otros asuntos específicos, relacionados con actividades que lleva a cabo el personal a su cargo.

- ❖ **AUTORIDAD ORGANIZACIONAL:** Grado de libertad de acción en los cargos organizacionales que le confiere a las personas que los ocupan el derecho de usar su criterio al tomar decisiones.

- ❖ **CLIMA ORGANIZACIONAL:** Características que distinguen una organización de otras y que influyen en el comportamiento del personal de la misma.

- ❖ **CALIDAD:** Total de las características de una entidad que le confieren aptitud para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Las necesidades comúnmente se traducen en características con criterios específicos.

- ❖ **CICLO DE CALIDAD:** Modelo conceptual de actividades interactuantes que influyen sobre la calidad en distintos estados, que van desde la

identificación de necesidades a la valoración de si las necesidades fueron satisfechas.

- ❖ CULTURA ORGANIZACIONAL: Patrón general de conducta, creencias y valores compartidos por los miembros de una organización.

- ❖ DELEGACIÓN DE AUTORIDAD: Autoridad otorgada para cumplir las atribuciones y responsabilidades para el logro de los objetivos propuestos.

- ❖ EFICACIA: Consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.

- ❖ EFICIENCIA: Logro de los fines con la menor cantidad de recursos; el logro de objetivos al menor costo u otras consecuencias no deseadas.

- ❖ ESTRATEGIA: Acciones planteadas por una organización en respuesta de o como anticipación a los cambios en su ambiente. También es el modo de obtener una mejor posición respecto de la competencia. Determinación del propósito u objetivo de una empresa y la asignación de recursos para lograrlo.

- ❖ **PLANTA DE PERSONAL:** Conjunto de los empleos permanentes identificados y ordenados de acuerdo con un sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración preestablecido, requeridos para el cumplimiento de los objetivos y funciones de una organización.

- ❖ **PROCESOS:** Conjunto de actividades y recursos interrelacionados que transforma entradas en salidas. Los recursos incluyen al personal, finanzas, medios, equipos, técnicas y métodos.

- ❖ **REQUERIMIENTOS DE CALIDAD:** Expresión de las necesidades o su traducción en un conjunto de requerimientos cuantitativos o cualitativos explícitos para las características de una entidad que permiten su realización y examen. Es crucial que los requerimientos de calidad reflejen completamente las necesidades explícitas o implícitas del cliente.

- ❖ **SISTEMA:** Conjunto de elementos dinámicamente relacionados formando una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre datos para proveer información.

- ❖ **UNIDAD DE MANDO:** Cada subordinado debe tener un sólo superior o jefe. El principio de la unidad de mando implica que cuando más dependa una persona de un solo superior, menor será el problema de

confusión de las instrucciones y mayor la sensación de responsabilidad personal.

BIBLIOGRAFIA

ALCARAZ, Rafael. El Emprendedor del Éxito. McGraw Hill. 2001.

BUCHHOLZ, Steve. ROTH WILSON, Thomas. Como crear un equipo de alto rendimiento en su empresa. Learning Corporations, intermediario editores Atlantida.

CUMMINGS, Thomas y CHRISTOPHER Worley. 1989. Organization Development and Change. Rev. Ed. St. Paul: West, 1993.

CHIAVENATO, Adalberto. Administración del recurso Humano. Quinta Edición, Santafé de Bogotá, McGraw Hill, 1999.

DALTON, G. W. ; THOMPSON, P. H.; PRICE, R. L. The Fourt Stages of Profesional Careers. En: A New at Perfomance by Professionals, Organ Dynamics, Sumer 1997, PP. 19 – 42

DAUDR. HAMPTON. Administración. Tercera Edición Mc Graw Hil

DECRETO 2309 de 2002; Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá, Colombia.

DOBYNS, Lloyd. 1990. "Ed Deming wants big changes and he wants them fast. Smithsonian 21: 74-80.

DONADEBIAN. El Control de la Calidad en los Servicios de Salud. Revista Cubana de Enfermería. Enero - Abril, 1995. p. 14

FLIPPO, Edwin B. Principios de Administración de Personal, McGraw Hill, 1978.

GOMEZ RUEDA. Alfredo. Material Interactivo Gestión Del Talento Humano. Ingeniero Indutri

FRENCH, Endell. Administración de Personal. Limusa Noriega Editores. 1999

_____ Administración Moderna, un Enfoque práctico. Santafé de Bogotá, McGraw Hill, 1999.

GILMORE C. Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K Kellogg; Manual de Gerencia de la Calidad. 2001. p. 56

KANT, Emanuel. Etica del Deber. Editorial Orby, Barcelona, España. 1990. p. 4

KEITH, David. Administración de Personal. Cuarta Edición, México, Editorial McGraw Hill Interamericana.

MENDEZ A., Carlos E. Metodología. Guía Práctica para elaborar Diseños de Investigación en Ciencias Económicas, Contables y Administración.

MONDY R., Wayne; SPHR, Robert. Administración de Recursos Humanos, México, Editorial Prentice Hall Hispanoamérica, 1997.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1043(anexo N° 1) abril 3 de 2006. Manual único de estándares de verificación. Bogotá.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1043(anexo N° 2) de abril 3 de 2006. Manual único de procedimientos de habilitación.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,
De

DECRETO 2309 de octubre 15 de 2002, Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de atención en salud.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, por la cual se define el sistema de información para la calidad.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,
Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, por el cual se establece el sistema
obligatorio de garantía de calidad

REVISTA CONTADURÍA. El Auditor en el Nuevo Milenio: Visión y Misión.
Universidad De Antioquia. No. 38. Marzo de 2001. P. 4

WERTHER, William B. Administración de Personal y Recursos Humanos.

NORMAS JURÍDICAS CONSULTADAS

- Decreto 1011, 2006
- Resolución 1043, 2006
- Resolución 1446, 2006
- Resolución 2200, 2005
- Resolución 4445, 1996

