



**EVALUACION DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ANALISIS DEL PAMEC
INSTITUCIONAL PARA MIOCARDIO S.A.S**

**EDITH JOHANNA BELTRAN DIAZ
DIANA LORENA PRADA MONROY
LIZA SANJUAN ROLONG**



**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA
2011**



**EVALUACION DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ANALISIS DEL PAMEC
INSTITUCIONAL PARA MIOCARDIO S.A.S**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar al título de
especialista en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud**

TUTOR:

DR. HERMES ANTONIO LOPEZ SIERRA

ESTADISTICO - CONSULTOR



UNIVERSIDAD EAN

POSGRADO

AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTA

2012



1. TABLA DE CONTENIDO

4.RESUMEN.....	7
5. SUMMARIZE	8
6.INTRODUCCION	10
7. JUSTIFICACION	12
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
9. OBJETIVOS.....	17
9.1 Objetivos Generales.....	17
9.2 Objetivos Específicos	17
10. MARCO TEORICO Y LEGAL.....	18
11. MARCO CONTEXTUAL	26
11.1 Plataforma Estratégica Institucional	26
11.1.1 misión.....	26
11.1.2 visión.....	26
11.1.3 objetivo general	26
11.1.4 política de calidad.....	27
11.1.5 principios institucionales	27
11.1.6 valores institucionales	28
11.1.7 descripción de la población objeto de salud.....	29



11.2 Portafolio de Servicios	29
11.2.1 Cardiología Invasiva y no Invasiva.....	29
11.2.2 Cardiología Invasiva/ Hemodinamia.....	30
11.2.3 Cardiología Invasiva/ Electrofisiología	31
11.2.4 Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.....	32
11.2.5 Servicio de Apoyo Farmacéutico	33
11.3 Composición de la Planta de personal de Miocardio S.A.S.....	33
11.4 Capacidad Instalada	34
12. METODOLOGIA.....	35
12.1 Diseño Metodológico	36
13. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	38
13.1 Resultados de la Autoevaluación de la Resolución 1043 Anexo 1 de 2006	38
13.2 Resultado de Entrevistas a personal de Miocardio SAS	39
13. BIBLIOGRAFIA	68



2. LISTA DE FIGURAS

Grafico 1. ¿Se mide de manera precisa el clima organizacional dentro de la institución teniendo en cuenta sus expectativas y necesidades?	52
Grafico 2. ¿Dispone la empresa de un sistema para medir la satisfacción de los clientes (pacientes y/o familiares)?	53
Grafico 3. ¿Conoce usted si en la institución existe el programa de gestión de la calidad permita seleccionar, organizar y analizar la información identificando así oportunidades de mejora?	54
Grafico 4. ¿Cuándo se detectan falencias o dificultades en el cumplimiento de los procesos se realizan las correcciones necesarias en el oportuno?	55
Grafico 5. ¿Al evaluar los resultados obtenidos en los controles de los procesos claves, son satisfactorios para las expectativas de la empresa y la seguridad del paciente?	56
Grafico 6. ¿Considera que se realiza una gestión adecuada de las reclamaciones, quejas o satisfacción que manifiesta en su momento el usuario?	58
Grafico 7. ¿Considera que los procesos de la institución están orientados usuarios, a su satisfacción y a la atención con calidad?	59
Grafico 8. ¿Se gestiona de forma sistemática la selección y evaluación de proveedores?.....	60
Grafico 9. ¿Cuenta la institución con programas que promuevan el crecimiento y proyección personal de los trabajadores (admisión, formación, desarrollo, etc.) Evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todas las personas?	61



Grafico 10. ¿Participa el personal de forma activa en las actividades de mejora teniendo como base la comunicación eficaz transversal entre todo el personal?	62
Grafico 11. ¿Identifican los objetivos a corto, mediano y largo plazo de la institución e implican a todos en el alcance de estas metas?.....	63
Grafico 12. ¿Están establecidos y controlados los registros requeridos por el sistema de gestión de la calidad?	64
Grafico 13. ¿Promueve la dirección administrativa planes de mejoramiento dentro de la organización, con clientes (IPS, ESP, usuarios) proveedores y otras entidades externas?	65
Grafico 14. ¿Está establecida la política de la calidad y los objetivos de la calidad?	66
Grafico 15. ¿Conoce usted la visión y la misión de la institución?	67



3. LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Autoevaluación estándares de habilitación Unidad de cuidados intensivos.....	39
ANEXO 2. Licencia de Uso y Autorización de Autores	70



4. RESUMEN

La finalidad de este trabajo busca apoyar a Miocardio SAS en el análisis e implementación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad en Salud funcional, basado en el mejoramiento de sus procesos asistenciales, de acuerdo a que el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha establecido el camino de acuerdo a la norma del Decreto 1011 de 2006 y demás legislación complementaria en donde se ha reglamentando la obligatoriedad de diseñar, desarrollar, implementar y hacer seguimiento a un sistema de garantía de calidad¹.

La metodología utilizada para la obtención de resultados se dividió en cuatro fases para realizar finalmente un plan de acción para los procesos asistenciales que fueron seleccionados.

Mediante la implementación de la autoevaluación se pudo detectar no conformidades en los criterios del estándar 9 seguimientos a riesgos, lo cual permitió determinar las debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora respecto al seguimiento a riesgos, con el fin de establecer la situación actual del proceso de Cuidados Intensivos y Coronarios de la clínica Miocardio S.A.S, y de esta manera iniciar las correcciones en los puntos más coyunturales formulando posteriormente a los hallazgos obtenidos en este trabajo acciones de mejora para MIOCARDIO S.A.S.

Palabras Claves: Plan de Mejoramiento, procesos asistenciales, garantía de la calidad, autoevaluación, oportunidades de mejora, seguimiento a riesgos.

¹Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título I al XV. *Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>



5. SUMMARIZE

The purpose of this assignment is to assist Miocardio S.A.S is the analysis and implementation of a functional health quality improvement plan, based on the improvement of its care processes, according to what has been established by The General System of Social Security in health through the Norm from the decree 1011 of 2006 and the rest of the complementary legislation, where the obligation of designing, developing, implementing and following of the warranty quality system has been regulated².

The methodology used to obtain the results was divided into four phases to execute the plan of action for the care processes that were selected.

Through the implementation of the auto evaluation we were able to detect unconformities about the Standard 9 from the unique system of risk monitoring enablement. This allowed us to determine the weaknesses, strengths and opportunities of improvement regarding the risk monitoring, with the purpose of establishing the present situation of the intensive care and coronary processes of the Miocardio S.A.S. clinic, and in this way initiate the corrections of the most conjunctural aspects and later formulate actions to improve the MIOCARDIO S.A.S.

¹Betancur D.2006, 3rdof April.Decree 1011 of 2006 title I to XV.*Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*.Obtained <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>



Key words: Improvement plan, care processes, quality warranty, auto evaluation, improvement opportunities, risk monitoring.

6. INTRODUCCION

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en 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 usuarios³.

Este trabajo busca apoyar a Miocardio SAS en el análisis e implementación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad en Salud funcional, basado en el mejoramiento de sus procesos asistenciales, ya que esta es una institución prestadora de servicios de Salud cuyos clientes externos manejan patologías de tipo cardiaco, por ende debe proveer servicios accesibles, equitativos, continuos, pertinentes y seguros, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y lograr la adhesión a los procesos y satisfacción del usuario o cliente externo.

El seguimiento que realizaremos nos permitirá evidenciar las oportunidades de mejora que se presentan durante el proceso asistencial y de esta manera garantizarle al cliente externo un servicio con calidad.

En el primer capítulo se realizara la justificación del trabajo y su relevancia para Miocardio SAS.

²Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título I artículo 2. *Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.



El segundo capítulo se presenta la descripción del problema evidenciado.

En el tercer capítulo se enuncian el objetivo general y los específicos que se quieren alcanzar con la evaluación de los procesos asistenciales y el análisis del PAMEC para la institución.

En el cuarto capítulo se referencia el marco teórico y legal que rige a las instituciones prestadoras de servicios de salud y el programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud.

El quinto capítulo se enseña el marco contextual del trabajo, dando a conocer la plataforma estratégica de Miocardio SAS y su política de calidad.

En el capítulo seis se da a conocer la metodología a emplear en la evaluación de los procesos asistenciales y en la elaboración del PAMEC, continuando con la etapa de implementación del proceso.

En el capítulo siete se relacionan los hallazgos de la evaluación realizadas a los procesos asistenciales.

En el capítulo ocho se formula el Plan de Auditoría y mejoramiento de la calidad para la institución.



7. JUSTIFICACION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha establecido el camino para que la competitividad de las empresas del sector se base en la calidad de sus servicios, reglamentando la obligatoriedad de diseñar, desarrollar, implementar y hacer seguimiento a un sistema de garantía de calidad, cuyos componentes y disposiciones se encuentran normalizados en el Decreto 1011 de 2006 y demás legislación complementaria.⁴

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS deben promover su desarrollo con base en un sistema de calidad que oriente su gestión centrada en el cliente externo (paciente y/o familia), con enfoque de procesos y mejoramiento continuo de la calidad, con participación de su cliente interno.⁵

El PAMEC debe ser entendido como una herramienta de mejoramiento continuo, que permite mediante ciclos consecutivos de mejoramiento de la calidad de los procesos institucionales, alcanzar de manera más eficiente los estándares de habilitación y garantizan con mayor posibilidad el éxito hacia el proceso de acreditación⁶.

³Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título I al XV. *Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.

⁴ Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 Título I art 2, título 2 art 4 párrafo 2, Título 3 capítulo I, art 6- 26.- (Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007). *Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.

⁵Título IV, art 32 al 40 . - Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud MPS versión 2007. - Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud versión 2007



El análisis del PAMEC en Miocardio SAS permitirá disminuir los costos de no calidad en la institución, mejorar el destino de los recursos y afianzar el proceso prioritario, repercutiendo de forma directa en el beneficio para sus usuarios.

En el sector salud uno de los problemas más importantes por solucionar es disminuir los índices de morbi-mortalidad, identificar las principales causas de muerte y el impacto que tiene en la población las medidas que se toman para controlar factores que influyan en el desarrollo y aumento de estas enfermedades.

En los modelos actuales de atención en Salud, es importante implementar estrategias que permitan garantizar la prestación de un servicio de salud con calidad en cumplimiento a las normas establecidas.

El Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en saluden MIOCARDIO S.A.S. se implementara como herramienta fundamental que garantiza eficiencia, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios ofrecidos a nuestro cliente externo al comparar la calidad observada y la esperada de acuerdo con estándares y normas técnico-científicas y administrativas definidas para la atención en salud.

La adopción de estas normas en pro del cuidado de la salud nos permite disminuir el riesgo durante los procesos y nos acerca mas a tener salud con calidad a través de la implementación de políticas institucionales que se enfoquen a la calidad en los servicios de salud, mejorando las falencias de aquellos que al momento de la autoevaluación identifiquemos como debilidad.

En la evaluación de calidad se deben revisar varios aspectos teniendo en cuenta que cada proceso debe cumplir con lineamientos establecidos en la norma y que sin ellos no se podría garantizar los atributos que debe cumplir la calidad en salud.

Esferas de la calidad de la Atención en salud



1. La primera y más importante dimensión es la CALIDAD TÉCNICA, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles en favor del paciente. Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.
2. La segunda dimensión es la SEGURIDAD, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que ésta se aplique. En el momento de iniciar la atención de un paciente, los servicios que se añaden pueden traer un incremento mucho mayor en riesgos que en beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. En la dimensión de la seguridad se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.
3. La tercera dimensión de la calidad es el SERVICIO. Considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular; lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello en la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma. Se añade a esta dimensión la facilidad de acceso; así, si consideramos nuevamente la definición general de calidad, puede concluirse que todo servicio debe ser prestado en el lugar, momento y manera adecuados, lo cual recoge los conceptos de oportunidad y continuidad de la atención.



4. La cuarta dimensión es el COSTO RACIONAL de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello. Mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el uso innecesario o inadecuado de servicios genera aumentos sin acrecentar la calidad, desperdiciando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.⁷

Al final de cada proceso la satisfacción del usuario nos arroja indicadores que debemos tener en cuenta para el mejoramiento continuo de la calidad, dando preferencia a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, involucrando la equidad y el acceso, dentro del juicio sobre calidad.

En los sistemas de calidad no existe un valor absoluto ya que continuamente se debe plantear el mejoramiento continuo, a través de estándares que permitan la comparación permanente en los objetivos propuestos que permitan alcanzar la calidad en los servicios en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior MIOCARDIO S.A.S debe evaluar continuamente los procesos asistenciales que llevan a cabo en la institución con el fin de implementar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad acorde de las necesidades del cliente externo e interno de la institución que le permita brindar servicios con calidad garantizando una oportuna y adecuada atención en salud.

⁶Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título 2 artículo 3. *Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial*. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>



8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los prestadores de los servicios de salud IPS deben implementar el SOGC, dentro de este sistema se destaca la implementación del PAMEC, como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto a la calidad esperada de los servicios en salud que reciben los usuarios.

En el momento Miocardio SAS lleva en el mercado año y tres meses, por ende esta institución requiere realizar evaluación de los estándares de calidad que permitan identificar procesos críticos, priorizar y formular un plan de mejoramiento continuo para la calidad (PAMEC), que garantice una adecuada y oportuna atención en salud para sus usuarios y de esta manera disminuir los riesgos que se presentan por ausencia de este mecanismo.

En el interés de combatir estas dificultades y conscientes de los inconvenientes que se presentan en el día a día en los procesos asistenciales de la institución, por la falta de un plan de mejoramiento continuo aterrizado en las necesidades del cliente interno y externo de la misma, se hace necesario dar respuesta a interrogantes tales como:

¿Qué hallazgos se deberían tener en cuenta a partir de la autoevaluación en Miocardio SAS, de manera que esta se convierta en una herramienta efectiva para el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la resolución 1043 del 2006?

¿De qué manera se debe formular el plan de mejoramiento continuo para la calidad de la IPS Miocardio SAS con el fin de convertir las debilidades en oportunidades de mejora?



9. OBJETIVOS

9.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar y analizar los procesos asistenciales de Miocardio SAS con el fin de formular el Plan de Mejoramiento de la calidad de la institución.

9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar los estándares de calidad de la atención en salud de la IPS Miocardio SAS.
- Priorizar los procesos asistenciales que evidencien debilidades, para ser convertidas en oportunidades de mejora.
- Formular el Plan de mejoramiento continuo para la IPS Miocardio SAS para el año 2013.



10. MARCO TEORICO Y LEGAL

En Colombia se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en términos de oportunidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, que sin duda han evolucionado dentro de las disposiciones legales buscando brindar herramientas para tal fin.⁸

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el

⁷Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título 2 artículo 3. *Ministerio de la Protección Social.características del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud.* Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.



Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.⁹

En desarrollo de la Ley 100 de 1993 se reglamenta el “Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud” que en su artículo 76 plantea el 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” y en el artículo 78 el 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 en salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud y en Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, la información producida será de conocimiento público. Posteriormente es definido el Licenciamiento como el procedimiento mediante el cual se efectúa la verificación del cumplimiento de requisitos para las entidades.

Estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud. Es 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. (Decreto 1011 de 2006).

A continuación se referencian las leyes que aplican como marco normativo, para tener en cuenta dentro de la formulación e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de Miocardio SAS (Ver cuadro N.01).

⁸ Ley 100 de 1993 - Ley 715 del 2001. <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.



ANTECEDENTES LEGALES

Cuadro N.01. Marco Normativo SOGCS

MARCO NORMATIVO	HABILITACION	SINTESIS
	Decreto 1011 de 2006	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.</p> <p>Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el Mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.</p>

	Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2
Res. 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Res. 2680 de 2007	“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones” anexo técnico 1 y 2
Res. 3763 de 2007	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones
Res. 1448 de 2006	Por la cual se definen las condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

<p>AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</p>	Decreto 1011 de 2006 Título IV	Se establece la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud.
	Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en Salud. MPS Versión 2007	El propósito de estas Pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad.
	Guías Básicas Para la Implementación de las Pautas de Auditoría Para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. MPS 2007	Se plantea como una guía que posibilite y facilite de manera integral el accionar de las organizaciones de salud, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.
		Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.

SISTEMAS DE INFORMACION

Decreto 1011

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

Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2

Decreto 2193 de 2004

Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos [42](#) de la Ley 715 de 2001 y [17](#) de la Ley 812 de 2003.

Res. 1043 de 2006 Anexo 2

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

Res. 1446 de 2006 Anexo técnico

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se

	adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
Circular 047 de 2007 Súpersalud	Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control
Circular 051 de de 2008 Súpersalud	adición del capítulo VIII instrucciones cumplimiento sentencias en el título I disposiciones generales de la circular externa no. 047 (circular única)
Circular 002 de 2010 Súpersalud	Por la cual se modifica parcialmente la Circular 04 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
Circular 057 de 2009 de la Súpersalud	La Superintendencia Nacional de Salud agrupa las adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular Única 047 de 2007, modificada por las circulares 48, 49, 50, 51 y 52 de 2008.
ACREDITACION	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.</p> <p>Resolución 1043 de 2006 por la cual se</p>

	Decreto	<p>establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2</p>
	Resolución de 1445 de 2006 anexo técnico y 1 y 2	<p>Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.</p> <p>Anexo técnicos 1 manuales de estándares del sistema único de acreditación.</p> <p>Anexo técnico 2 por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones”</p> <p>Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud</p>
	Resolución 3960 de 2008	Por la cual se modifica



parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos.

11. MARCO CONTEXTUAL

11.1. Plataforma Estratégica Institucional

11.1.1. Misión

Es una Institución prestadora de servicios de salud destinada principalmente a la atención eficiente de adultos con problemas cardiovasculares, que requieren diagnóstico y tratamiento coronario con alta calidad y tecnología de punta.

11.1.2. Visión

Ser reconocida a nivel nacional en el 2015, como Institución líder del sur de Bogotá en la prestación de servicios asistenciales hospitalarios especializados en cardiología y cirugía cardiovascular para pacientes de todas las edades.

11.1.3. Objetivo General



Brindar atención integral a nuestros pacientes, durante todo el ciclo vital, principalmente en las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con la mejor calidad humana, tecnológica y científica.

11.1.4. Política de Calidad

MIOCARDIO SAS está comprometido con la prestación de servicios de forma accesible, oportuna, pertinente y segura, con el ánimo de satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Para asumir este compromiso se esfuerza en mejorar continuamente nuestros servicios a través de:

1. Equipo humano idóneo y comprometido con las necesidades de nuestros usuarios que brinden una atención amable, respetuosa e idónea.
2. Servicio al cliente, para MIOCARDIO SAS el usuario es nuestra razón de ser, por esta razón se buscará brindar un servicio con calidad, respeto, responsabilidad y honestidad.
3. Trabajo en equipo. MIOCARDIO SAS considera que para el logro de los objetivos corporativos, el trabajo en equipo es una herramienta fundamental que busca no solo satisfacer al usuario, sino el lograr la interrelación de conocimientos de profesionales, equipo técnico y comercial.

11.1.5. Principios Institucionales



Un principio es el primer instante de la existencia de algo, son las bases o normas morales que deben existir en toda empresa para el logro de la misión organizacional.

Mejoramiento continuo. Conjunto de principios institucionales en el marco de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, a través del mejoramiento de los procesos asistenciales y administrativos en pro de lograr el mayor beneficio con el menor riesgo y costo.

Eficacia. Los trabajadores de MIOCARDIO SAS deben dirigir sus actividades y recursos a que produzcan los mayores logros y resultados en los objetivos y metas corporativas.

Eficiencia. Los trabajadores MIOCARDIO SAS realizarán sus actividades buscando producir los mejores logros y resultados, así como que los recursos de los que se disponen se les dé el máximo y adecuado aprovechamiento.

Satisfacción. Los trabajadores MIOCARDIO SAS enfocaran su atención a nuestros usuarios buscando siempre el mejor servicio y satisfacción en cuanto a sus necesidades y expectativas.

Nivel profesional óptimo. Interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso, orientados a la obtención de resultados medidos en eficacia, efectividad y pertinencia.

11.1.6. Valores Institucionales

Son todo lo favorable que tiene el ser humano y que permite su evolución y realización, es tomar conciencia de la importancia de los valores y propiciar su desarrollo.

Responsabilidad. Los trabajadores de MIOCARDIO SAS deben responder con suficiente cuidado y eficiencia en el desarrollo de las funciones encomendadas, pero así mismo el trabajador



debe responder por las omisiones y/o acciones irresponsables que comprometen no solo los bienes sino la calidad del servicio brindado a los usuarios.

Compromiso. Es la obligación contraída, disposición para asumir como propios los objetivos estratégicos de la organización.

Respeto. Reconocimiento por las diferencias.

Honradez. Rectitud en el ánimo, en el obrar y en las normas definidas por la empresa.

Lealtad. Cumplimiento de las directrices y objetivos de la empresa. Fidelidad para con el trato y desempeño del cargo.

11.1.7. Descripción De La Población Objeto En Salud

MIOCARDIO SAS oferta sus servicios para la población residente en Bogotá de los estratos 2 y 3 principalmente, pertenecientes al régimen contributivo.

11.2. Portafolio De Servicios.

MIOCARDIO SAS, presta los siguientes servicios de salud:

11.2.1. Cardiología invasiva y no invasiva.

MIOCARDIO SAS cuenta con una sala especial para los procedimientos de hemodinamia y electrofisiología, la cual está debidamente habilitada, así mismo cuenta con 3 salas de procedimientos para cardiología no invasiva. En las cuales se tiene dotación propia y de última generación; así mismo contamos con un prestigioso talento humano con el cual se garantiza una atención de alta calidad. Se tiene un servicio farmacéutico propio habilitado con el fin de soportar todos los elementos, insumos y medicamentos necesarios.

Cardiología no invasiva



- Prueba ergometría (test de ejercicio). excluye: el electrocardiograma.
- Ecocardiograma modo m.
- Ecocardiograma modo m y bidimensional.
- Ecocardiograma modo m y bidimensional con Doppler.
- Ecocardiograma modo m y bidimensional con Doppler color
- Ecocardiograma transesofagico
- Ecocardiograma de stress con prueba de esfuerzo o con prueba farmacológica.

11.2.2. Cardiología Invasiva / Hemodinamia

- Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón sod (43). Incluye: con o sin angiografía.
- Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón sod (incluye: con o sin cateterismo transeptal.
- Arteriografía coronaria con cateterismo derecho e izquierdo (356) incluye: la angiografía.
- Arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo (43). Incluye: con o sin angiografía.
- Arteriografía coronaria ncoc. Incluye: la arteriografía de puentes coronarios, coronario grafía y angiografía.
- Angioplastia coronaria transluminal percutánea, uno o dos vasos. Incluye: con o sin cateterismo izquierdo, colocación marcapaso temporal y coronario grafía inmediata de control.



- Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple con infusión de agente trombolítico, uno o dos vasos.
- Angioplastia coronaria transluminal percutánea, mas de dos vasos
- Inserción o implante de prótesis intracoronaria (stent) sod (40). Incluye: uno o más "stent". Agregar al procedimiento realizado.
- Cierre de ductus arterioso persistente por vía endovascular (cateterismo). Incluye: el aortograma de control inmediato y el cateterismo izquierdo o derecho.
- Reparación de coartación aortica por vía endovascular (cateterismo), incluye: el aortograma de control inmediato.
- Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón con estudio electrofisiológico intracardiaco [estudio electrofisiológico cardiaco convencional.
- Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo de corazón con estudio electrofisiológico.
- Estudio electrofisiológico cardiaco trans esofágico

11.2.3. Cardiología invasiva /electrofisiología:

- Electrocardiografía dinámica (holter).
- Inserción de marcapaso transvenoso temporal (transitorio) o implante de monitor de eventos sod.
- Implantación de marcapaso unicameral sod * (341) .incluye: la inserción del electrodo (341).
- Inserción de marcapasos bicameral sod * (341).



- Retiro o eliminación de marcapasos cardiaco sod * (46) .aplica: para la reposición del electrodo y la ex plantación (46).
- Implante y/o extracción de cardioversor/ desfibrilador automático sod.
- Implante y/o ex plante de cardioresincronizador.
- Revisión [reprogramación] de aparato marcapaso sod *.
- Reprogramación de cardioversor/desfibrilador sod .
- Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón con estudio electrofisiológico intracardiaco [estudio electrofisiológico cardiaco convencional].
- Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón con estudio electrofisiológico.
- Cateterismo transeptal del corazón con estudio electrofisiológico.
- Ablación con catéter de lesión o tejido del corazón por radiofrecuencia (259) (330)

11.2.4. Unidad de Cuidados Intensivos y Coronarios

- Este servicio se presta las 24 horas del día, cuenta con 15 camas, de las cuales 2 se prestan en habitaciones unipersonales.
- Es nuestro objetivo prestar servicios de medicina crítica en forma ágil, oportuna, con calidad humana y técnica en el tratamiento de cualquier patología de condición crítica, para lo cual se encuentra equipada con tecnología de punta propia que garantiza una monitorización continua.



- Además se cuenta con el soporte oportuno de los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico, unidad transfusional e imagenología) y terapéutico, que incluye fisioterapia especializada, entre otros.
- El equipo humano interdisciplinario que atiende permanentemente este servicio es altamente calificado y entrenado para brindarle una óptima calidad al paciente crítico. Está compuesto por médicos especialista intensivistas, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, trabajo social y el personal auxiliar requerido para ofrecer una atención integral, con el debido apoyo a los familiares de los pacientes.

11.2.5. Servicio de Apoyo Farmacéutico

Presta servicio las 24 horas del día en la dispensación de Medicamentos Hospitalarios en el manejo de UNIDOSIS en sólidos. Servicio Habilitado y prestado directamente por Miocardio SAS.

Nos caracterizamos por:

- Puntualidad, cumplimiento y compromiso con nuestros usuarios.
- Tiempos de respuesta cortos, frente a la demanda de los servicios.
- Personal administrativo y asistencial altamente calificado.
- Responsabilidad y autocontrol en las actividades asignadas.
- Honestidad y cumplimiento en nuestras labores diarias.

11.3.Composición de la Planta de Personal de Miocardio SAS.



La planta de personal de MIOCARDIO SAS consta de:

- Administrativos: 13 Funcionarios.
- Farmacia: 4auxiliares de farmacia, 1 por turno
- Cardiología y hemodinámia:1 auxiliar de enfermería y 1 especialista por turno.
- Fisioterapia: 4 fisioterapeutas, 1 por turno.
- Unidad Coronario: 6 jefes de enfermería, 2 turno
20 auxiliares de enfermería, 5 por turno.
- Cuerpo Medico: 1 especialista
2 Médicos General por turno

11.4. Capacidad Instalada

15 camas de cuidado intensivo coronario divididas en 2 salas, la uci 1 con 9 camas y la uci 2 con 6 camas.



12.METODOLOGIA

La metodología de investigación que se aplicó durante el presente trabajo fue de tipo descriptivo, ya que busco diagnosticar, identificar y formular los mecanismos necesarios para el diseño del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la IPS Miocardio SAS, que sirva como herramienta para mejorar el servicio que se ofrece al cliente externo.

Fase I

Implementación de la autoevaluación. Resolución 1043 de 2006 anexo técnico Numero 1.

En esta fase se llevó a cabo implementación de autoevaluación Resolución 1043 anexo 1 del 2006 y entrevista al personal que labora en la institución acerca de conocimiento que tiene el personal de Miocardio S.A.S acerca del cumplimiento de algunos los criterios de habilitación en la institución.



Fase II

El resultado de la autoevaluación de la Resolución 1043 de 2006 y los resultados de la entrevista al personal acerca del cumplimiento de los criterios de habilitación en los procesos asistenciales fue contrastado con los hallazgos de observación directa, esta información permitió priorizar los procesos asistenciales a intervenir.

En el proceso participaron los coordinadores de los grupos de Médicos, enfermería y terapia respiratoria.

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.

Fase III

La información recolectada permitió la elaboración de un Diagnóstico situacional (DOFA).

Fase IV

Plan de acción para los procesos asistenciales seleccionados

11.1. Diseño Metodológico

Cuadro N.02. Diseño Metodológico

OBJETIVOS ESPECIFICOS	PROCESO	PROCEDIMIENTO	RESULTADO ESPERADO	TECNICA	HERRAMIENTA
			Compilación de información acerca	Revisión documental	Listas de chequeo Mapa de procesos



Evaluar los estándares de calidad de la atención en salud de la IPS Miocardio	Descripción y análisis de los procesos asistenciales de la IPS Miocardio S.A.S bajo los criterios del anexo 1 de la Resolución 1043 de 2006	Levantamiento y procesamiento de la información	de cumplimiento anexo 1 Resolución 1043 de 2006	Encuestas	Encuestas	
		Priorización de procesos a intervenir	Conocer situación actual de los procesos asistenciales de la institución frente al cumplimiento del anexo 1 de la resolución 1043 de 2006			Observación directa
		Diagnostico	Priorización de procesos asistenciales			DOFA
Formular el Plan de mejoramiento continuo para la IPS Miocardio SAS	Formulación Del plan de mejoramiento	Análisis	Plan de mejoramiento	Matriz	Observación directa Listas de chequeo	



13. PRESENTACION DE RESULTADOS

Con el fin de realizar el diagnostico de la institución es necesario identificar aquellas situaciones que afectan los resultados de los procesos que se generan en la institución, este diagnostico arroja una serie de problemas de calidad, las cuales son analizadas con el fin de categorizar los mismos de acuerdo al impacto que cada uno tiene directamente en la organización, de esta manera se determino cuales serán tratados a corto, mediano y largo plazo.

13.1. Resultados de la Autoevaluación de la Resolución 1043 Anexo 1 de 2006

Se realizó Autoevaluación de acuerdo con los contenidos de la normatividad vigente en habilitación para IPS, específicamente aquellos ítems que hacen referencia a los procesos de atención.

La autoevaluación se realizó en el servicio de Cuidados Intensivos y Coronarios de la clínica Miocardio S.A.S de la ciudad de Bogotá, inicio con la evaluación de los criterios de evaluación del anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, que tienen que ver con Cuidados Intensivos (ver anexo A).



Mediante la implementación de la autoevaluación se pudo detectar no conformidades en los criterios del estándar 9 seguimientos a riesgos, lo cual permitió determinar las debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora respecto al seguimiento a riesgos, con el fin de establecer la situación actual del proceso de Cuidados Intensivos y Coronarios de la clínica Miocardio S.A.S

Cuadro N.03. Resultados de la aplicación de Autoevaluación de la Resolución 1043 anexo 1 de 2006 en la IPS Miocardio S.A.S

PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR 1. RECURSO HUMANO)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO			OPORTUNIDADES DE MEJORA		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B			
	L	E	A	L	E	A	L	E	A			
Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones,	X									X		



con entrenamiento certificado específico en el área.											
PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR 2.INSTALACIONES FISICAS)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTOS			OPORTUNIDADES DE MEJORA	
	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
	L	E	A	L	E	A	L	E	A		
	T	D	J	T	D	J	T	D	J		
	O	I	O	O	I	O	O	I	O		
			O			O			O		
Se cuenta con área de camas delimitada, de manera que permitan el monitoreo o el control visual permanente	X						X				
No existe puesto de enfermería				X			X				
No se cuenta con área limpia y sucia para enfermería				X			X				
No se cuenta con área para depósito de material estéril, insumos y equipos médicos				X			X				
No existen suficientes tomas eléctricas para mantener los equipos conectados				X			X				



a fin que las baterías se encuentren cargadas en todo momento.									
El área alrededor de cada cama no permite la entrada y salida de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.			X			X			
No se cuenta con lavamanos idóneos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio que sirva de filtro de entrada.			X			X			
El número de baños para el personal y familiares de pacientes no es suficiente				X			X		
Los lavamanos que existen en la unidad no son de pedal lo cual no garantiza un recurso físico adecuado para lavados de manos quirúrgico.			X			X			
Se cuenta con área de recuperación que cumple con las condiciones exigidas para una sala de recuperación de cirugía (esto incluye la disponibilidad de oxígeno).	X					X			
PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES	IMPACTOS	OPORTUNIDADES	DE MEJORA				



USUARIOS DOTACION MANTENIMIENTO)	(ESTANDAR3			DES					
	Y								
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
	L	E	A	L	E	A	L	E	A
	T	D	J	T	D	J	T	D	J
	O	I	O	O	I	O	O	I	O
		O			O			O	
Se cuenta en la sala con: Monitor con trazado electrocardiográfico, bomba de infusión, pulsioxímetro, glucómetro, aspirador de secreciones, oxígeno central o Bala(s) de oxígeno, con carro de transporte en caso de traslado de pacientes, Disponibilidad de equipo de rayos X portátil, equipo de órganos Tensiómetro y fonendoscopio	X						X		
por cada cubículo o paciente se cuenta con: Cama de dos o tres planos con baranda, Ventilador, Uno o más módulos de presión invasiva, Monitor con trazado electrocardiográfico, Monitoreo de gasto cardíaco, desfibrilador,	X						X		
La sala de hemodinámia no cuenta con La sala de recuperación cuenta con				X			X		



camillas con barandas y monitores de signos vitales con alarmas.											
PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR 4MEDICAMENTOS Y 4DISPOSITIVOS MEDICOS)	FORTALEZAS		DEBILIDADES		IMPACTOS						OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p>La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; este listado incluye el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 y las demás normas que lo modifican, adicionan o sustituyan. Para dispositivos médicos cuenta con el listado que incluya nombre genérico del dispositivo, presentación</p>	X				X						



<p>comercial, registro sanitario, vida útil y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005.</p>											
<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.</p>	X					X					
<p>PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR 5 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES)</p>	F	O	R	T	D	E	B	I	M	P	O
	A	L	E	Z	L	I	D	A	L	I	P
	A	S			D	E	S	C	T	O	O
	A	M	B	A	M	B	A	M	B		O
	L	E	A	L	E	A	L	E	A		O
	T	D	J	T	D	J	T	D	J		O
	O	I	O	O	I	O	O	I	O		O
		O		O		O		O			O
<p>Se encuentran definidos y documentados los procedimientos o</p>											



<p>guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.</p>	X					X					
<p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.</p>	X					X					
<p>La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso</p>	X					X					
<p>No se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011</p>				X		X					
<p>No se encuentra definido el protocolo</p>			X			X					



<p>para: la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011, Reanimación Cardiocerebropulmonar, control de líquidos, administración de medicamentos, inmovilización de pacientes, venopunción, cateterismo vesical, preparación para toma de imágenes diagnosticas. Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica..</p>											
<p>La institución cuenta con procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares</p>	X					X					
<p>No se evidencia en los servicios el manual de buenas prácticas de</p>			X			X					



esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR6 HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO			OPORTUNIDADES DE MEJORA	
	A	M	B	A	M	B	A	M	B		
La institución cuenta con procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo,	X						X				
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los	X						X				



contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.										
Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X						X			

PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO			OPORTUNIDADES DE MEJORA
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	
Se cuenta con servicio para transfusión sanguínea 24 horas.	X						X			
Se dispone de servicios: Hospitalización, laboratorio clínico,	X						X			



Imagenología: Rayos X y Ecografía										
Nutrición, terapia respiratoria y servicio de ambulancia										

PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR8 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO			OPORTUNIDADES DE MEJORA
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	
Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes	X						X			

PROCESOS PARA IDENTIFICAR Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR8 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA)	FORTALEZAS			DEBILIDADES			IMPACTO			OPORTUNIDADES DE MEJORA
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	



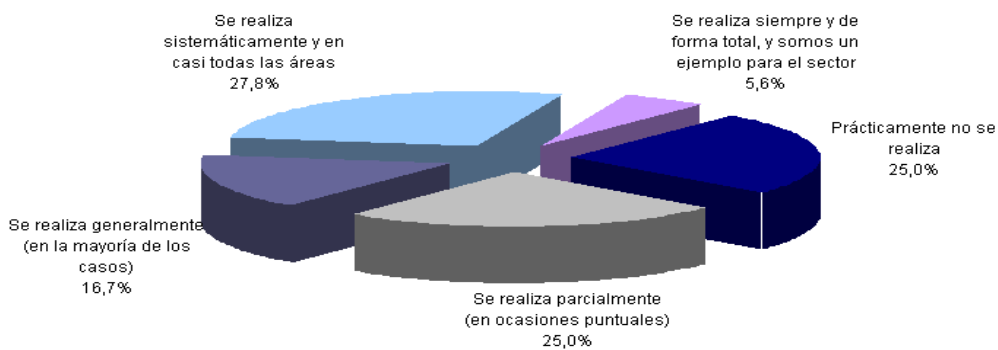
NECESIDADES DE LOS USUARIOS (ESTANDAR9 SEGUIMIENTO A RIESGOS)	AS			DES					
	A	M	B	A	M	B	A	M	B
	L	E	A	L	E	A	L	E	A
	T	D	J	T	D	J	T	D	J
	O	I	O	O	I	O	O	I	O
	O			O			O		
Se realiza evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio, se identifica ficha técnica de indicadores, estandarización de la fuente y definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.	x						x		
Se realiza proceso de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente	x						X		



medicamentosas y transfusionales,											
La institución cuenta con guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos	X					X					

13.2. Resultados entrevistas a personal Miocardio S.A.S IPS

13.2.1 ¿Se mide de manera precisa el clima organizacional dentro de la institución teniendo en cuenta sus expectativas y necesidades?



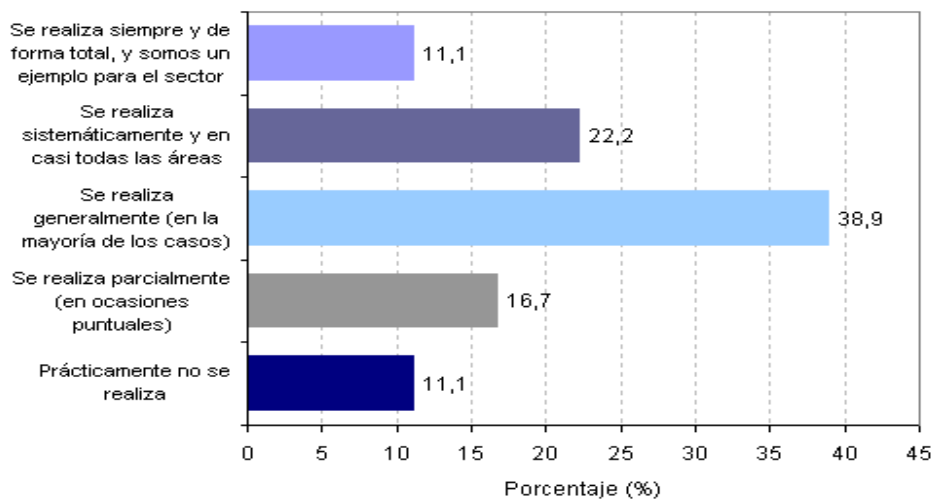
Fuente: cálculos propios

El 27,8 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS siente que en la institución se mide de manera precisa el clima organizacional dentro de la institución teniendo en cuenta sus expectativas y necesidades, sin embargo un 41,7% de esta población entrevistada opina que esta medición se realiza parcialmente o generalmente y un 25 % manifestó que prácticamente no se realiza.



Teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente se evidencia la necesidad en Miocardio S.A.S de evaluar y/o modificar los instrumentos y periodicidad, con el fin de involucrar al 100% de los clientes internos en esta actividad, la cual proporcionaría información confiable acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales, permitiendo además introducir cambios planeados tanto en las actitudes y conductas de los miembros como en la estructura organizacional.

13.2.2. ¿Dispone la empresa de un sistema para medir la satisfacción de los clientes (pacientes y/o familiares)?

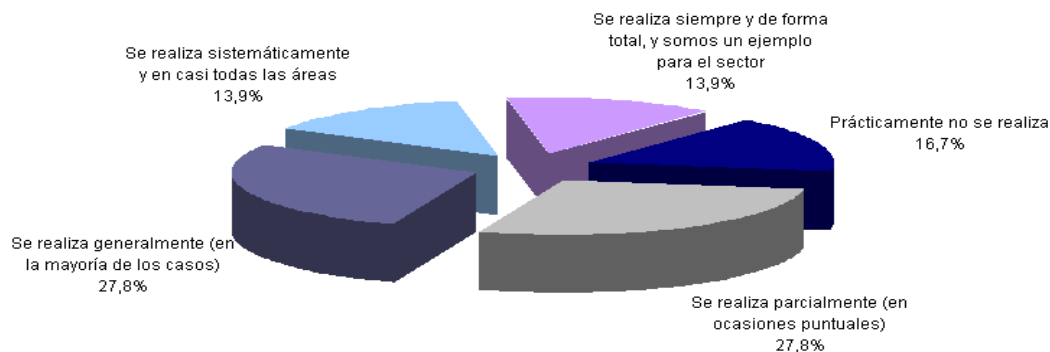


Fuente: cálculos propios

El 38,9 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS manifiesta que en la empresa se dispone de un sistema para medir la satisfacción de los clientes (pacientes y/o familiares), el 22,2% opina que se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas, un 16,7% manifestaron que este sistema se realiza parcialmente y un 11,1% que prácticamente no se realiza.

De acuerdo a los hallazgos de la entrevista es importante que los directivos den a conocer al 100% de los clientes internos el proceso y herramientas con las que la institución realiza la medición de sus clientes externos, esta actividad mejoraría la percepción del cliente interno frente a esta actividad, sólo así será posible gestionarla.

13.2.3. ¿Conoce usted si en la institución existe el programa de gestión de la calidad permita seleccionar, organizar y analizar la información identificando así oportunidades de mejora?



Fuente: cálculos propios

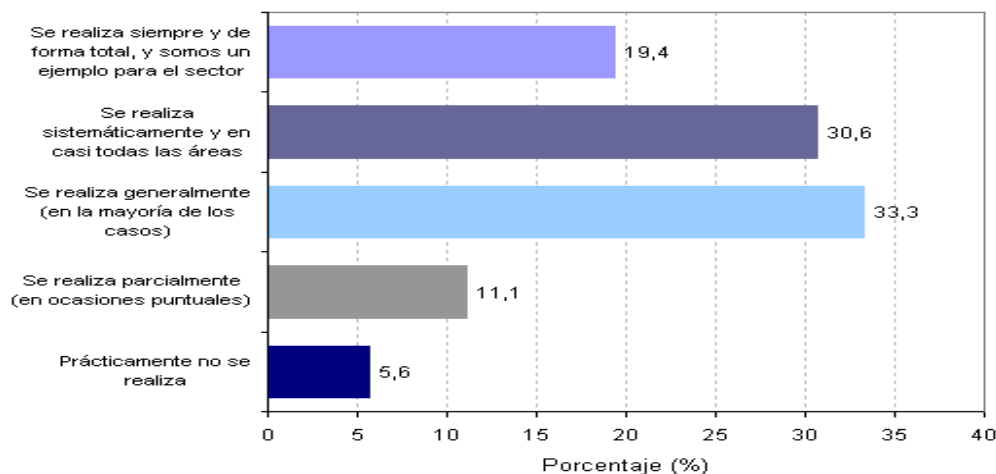
El 27,8 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS manifiesta que conoce el programa de gestión de la calidad que permite seleccionar, organizar y analizar la información identificando así oportunidades de mejora en la empresa, un 27,8% lo conoce parcialmente, un 13,9% manifiesta que se realiza siempre y de forma total y un 16,7% afirma que prácticamente no se realiza.



Con el fin de fortalecer el programa de gestión de la calidad es importante capacitar al 100% del personal acerca del programa, vincular a los líderes de los procesos en la actividad de selección, organización y análisis de la información de la institución y a su vez que estos informen a su personal acerca de las actividades que se adelantan en la institución

13.2.4. ¿Cuándo se detectan falencias o dificultades en el cumplimiento de los procesos se realizan las correcciones necesarias en el oportuno?

El 33,3 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS manifiesta que cuándo se detectan falencias o dificultades en el cumplimiento de los procesos se realizan las correcciones necesarias de forma oportuna, un 30,6% opina que se realizan de forma sistemática, un 11,1% se realiza parcialmente y un 5,6% prácticamente no se realiza.

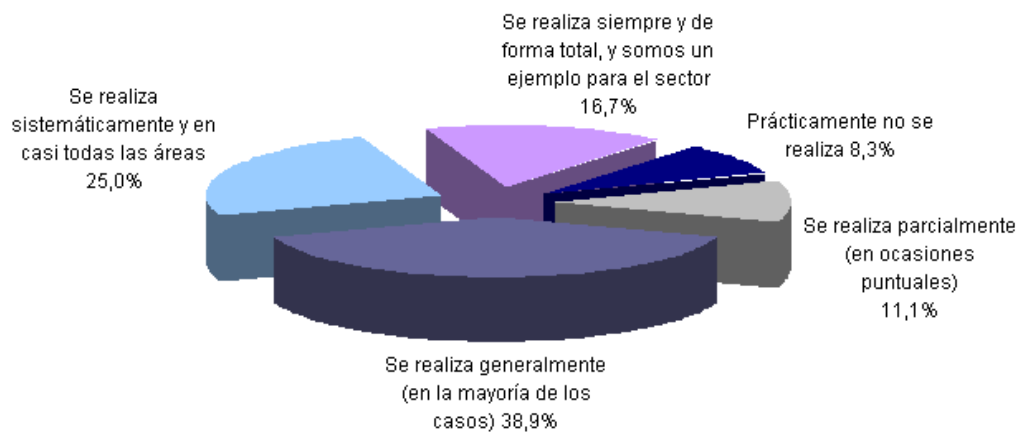


Fuente: cálculos propios



Es importante que el 100% personal de Miocardio S.A.S sea capacitado acerca de la importancia de elaborar e implementar acciones correctivas como corrección a las causas que han dado lugar a una no conformidad o problema que ha ocurrido y que por lo tanto ha desarrollado desajustes en el desarrollo del proceso.

13.2.5. ¿Al evaluar los resultados obtenidos en los controles de los procesos claves, son satisfactorios para las expectativas de la empresa y la seguridad del paciente?



Fuente: cálculos propios

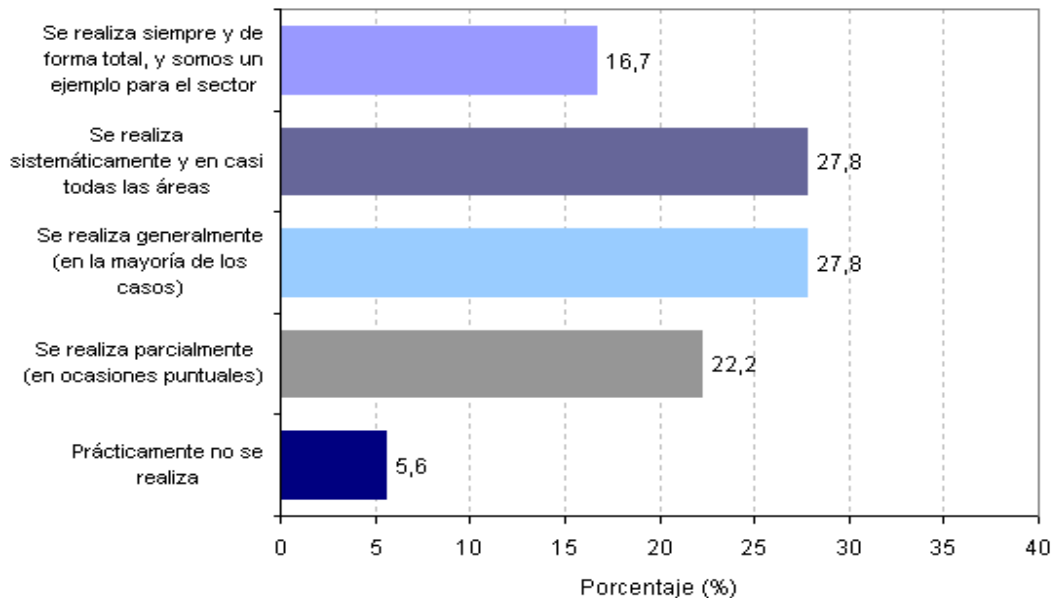
El 38,9 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS manifiesta que el evaluar los resultados obtenidos en los controles de los procesos claves, es satisfactorio para las expectativas de la empresa y la seguridad del paciente cuando se detectan falencias o dificultades en el cumplimiento de los procesos, 25% manifiesta que se realiza sistemáticamente y en casi todas las áreas, un 11,1 % opina que se realiza parcialmente y un 8,3% que prácticamente no se realiza.



Teniendo en cuenta lo anterior se puede ver que un 19,4% del personal que labora en la institución no siente que al evaluarse los resultados de los controles de los procesos estos aporten de forma significativa para mejorar la satisfacción del cliente, lo que lleva a sugerir cambios en la forma de realizar estas evaluaciones, las herramientas utilizadas en las mismas y la forma en cómo se está informando al cliente interno acerca de las acciones correctivas tomadas a partir de estos hallazgos.

De igual forma es necesario sensibilizar al cliente interno acerca de entender el control como una herramienta que permite evaluar y corregir el desempeño de las actividades de los subordinados para asegurar que los objetivos y planes de la organización se están llevando a cabo. Sin embargo es conveniente recordar que no debe existir solo el control a posteriori, sino que, al igual que el planteamiento, debe ser, por lo menos en parte, una labor de previsión. En este caso se puede estudiar el pasado para determinar lo que ha ocurrido y porque los estándares no han sido alcanzados; de esta manera se puede adoptar las medidas necesarias para que en el futuro no se cometan los errores del pasado

13.2.6. ¿Considera que se realiza una gestión adecuada de las reclamaciones, quejas o satisfacción que manifiesta en su momento el usuario?



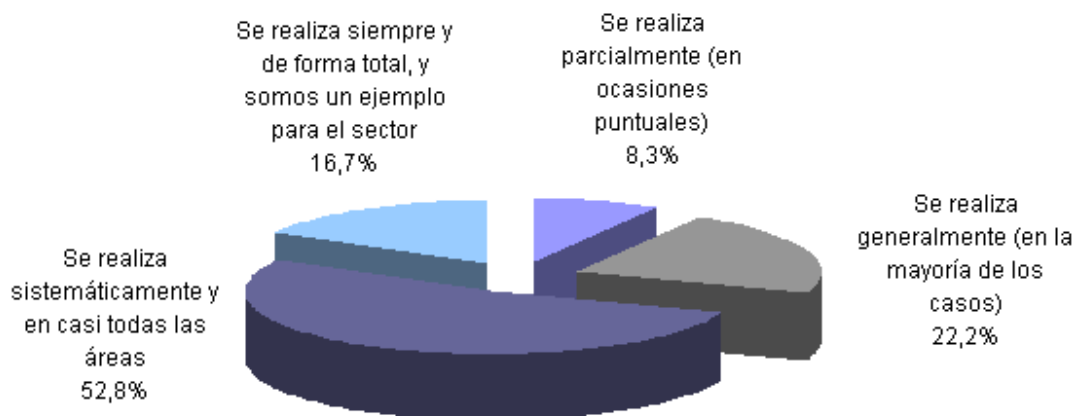
Fuente: cálculos propios

El 27,8 % del personal que labora en Miocardio S.A.S IPS manifiesta que considera que se realiza una gestión adecuada de las reclamaciones, quejas o satisfacción que manifiesta en su momento el usuario, de igual forma un 27,7% opina que se realiza generalmente, un 16,7% que se realiza siempre, un 22,2% parcialmente y un 5,6% que prácticamente no se realiza.

Aunque un gran porcentaje de los clientes internos manifestaron que en la institución se gestionan de forma adecuada las reclamaciones, quejas o la satisfacción, es importante evaluar el conocimiento que tiene el cliente interno sobre el proceso de atención al usuario, solo de esta manera se podrá gestionar la calidad en este proceso.

Es importante que el cliente interno tenga presente que el tratamiento de quejas específicamente requiere de una comunicación eficaz entre el cliente y el proveedor del producto que facilite convertir las insatisfacciones planteadas en una multiplicación de satisfacciones, donde el cliente y la organización logren relaciones totalmente positivas no solo en el momento de emitirse la queja, sino de darle una salida efectiva como proceso derivado de la compra. El tratamiento de quejas puede traducirse como una oportunidad para las organizaciones mejorar sus servicios y mantener la lealtad de sus clientes.

13.2.7. ¿Considera que los procesos de la institución están orientados al usuario, a su satisfacción y a la atención con calidad?

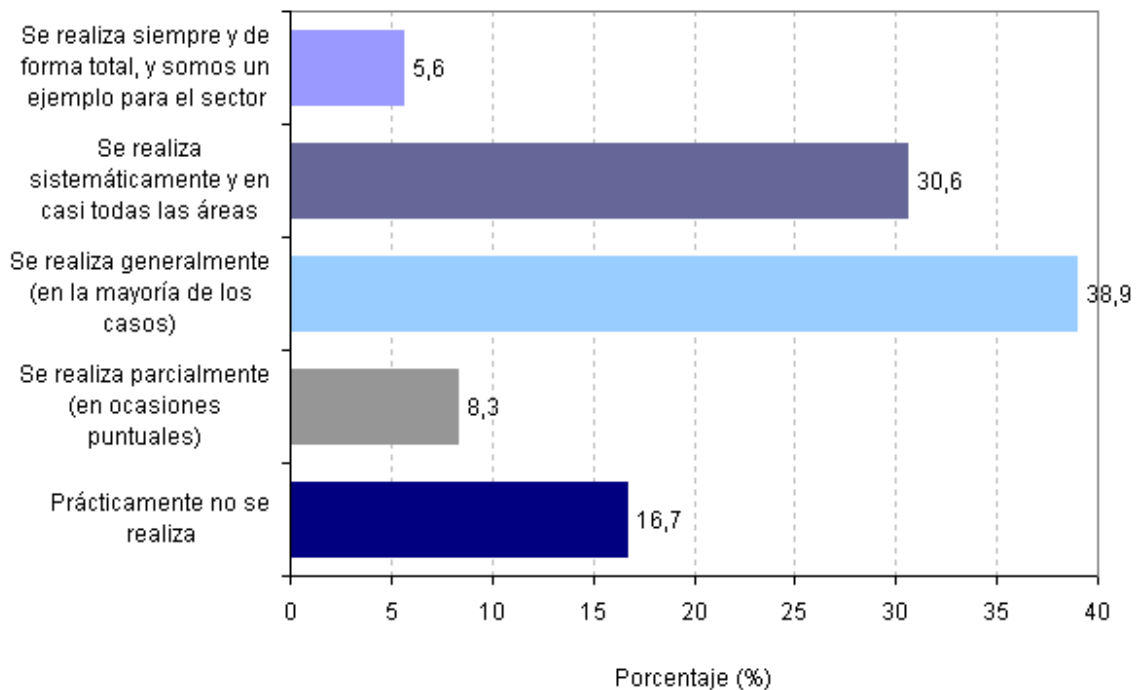


Fuente: cálculos propios.

El 52.8 % del talento humano en Miocardio S.A.S considera que los procesos de la institución se enfocan en el usuario y en la prestación del servicio con calidad, sin embargo en el análisis completo de los datos que se arrojan en el cuadro anterior nos permiten identificar que no todos los procesos y los resultados que se derivan de la atención se gestionan siempre en cada área con el objetivo de disminuir la probabilidad de un evento asociado al cuidado de la salud.

Para que el plan de mejoramiento continuo de la institución pueda implementarse de manera óptima para la satisfacción del cliente externo y de sus usuarios se sugiere la creación de políticas de calidad, programas de seguridad del paciente y comités de vigilancia y control, que garanticen una atención segura y con calidad.

13.2.8¿Se gestiona de forma sistemática la selección y evaluación de proveedores?



Fuente: cálculos propios.

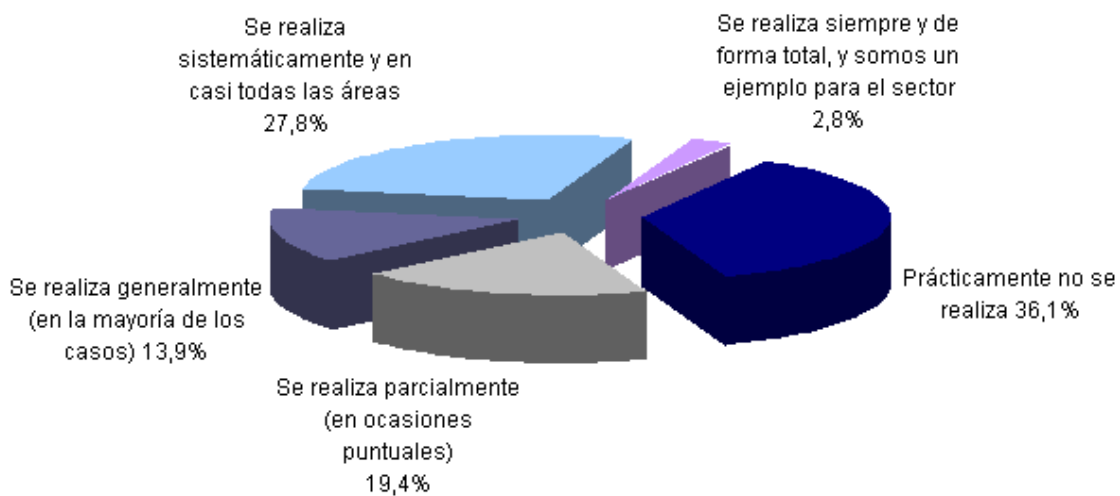
En el análisis realizado a Miocardio a través de la encuesta nos permite identificar que el personal considera que en un 38.9% se realiza una adecuada gestión en la selección y evaluación de proveedores los cuales deben garantizar un número de usuarios a los cuales la IPS debe garantizar cobertura y atención cuando la requieran esto en caso de ser una EPS el proveedor, en caso de ser un abastecedor de medicamentos este debe tener alianzas estratégicas que permitan suministrar



insumos y /o medicamentos en el momento que la institución lo requiera, para los servicios ofrecidos por la institución y de acuerdo su nivel de complejidad.

Sin embargo se deben fortalecer aquellas aéreas donde la gestión es poca o no se realiza ya que depende de este proceso interno que el servicio cuente con calidad en la atención y el usuario reciba de manera oportuna un tratamiento o servicio.

13.2.9. ¿Cuenta la institución con programas que promuevan el crecimiento y proyección personal de los trabajadores (admisión, formación, desarrollo, etc.) Evaluando el rendimiento y las necesidades de desarrollo de todas las personas?



Fuente: cálculos propios.

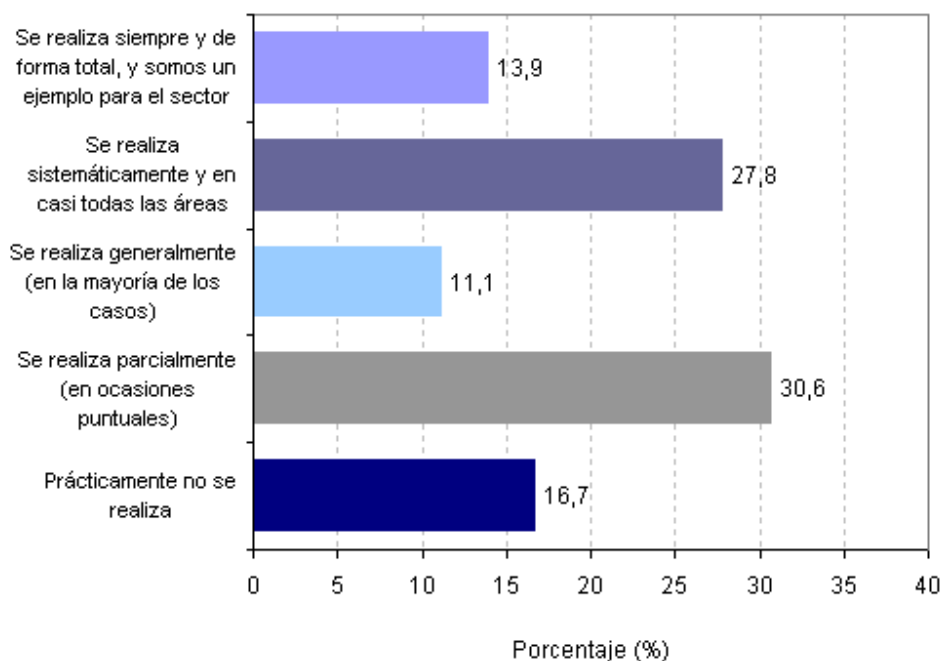
A través de la encuesta se evidencia que un 36.1 % considera que la institución no cuenta con programas de educación continuada que garanticen que el talento humano cuente con la idoneidad necesaria durante la prestación de servicios en salud disminuyendo así los riesgos



potenciales existentes, formando además profesionales con calidad humana mejorando la atención y contribuyendo a la satisfacción del usuario.

Es necesario y urgente que la institución promueva e incentive la educación continua y sea parte de su cultura organizacional para potencializar el recurso humano con el que cuenta fortaleciendo así la fidelidad del cliente externo y de sus usuarios.

13.2.10. ¿Participa el personal de forma activa en las actividades de mejora teniendo como base la comunicación eficaz transversal entre todo el personal?



Fuente: cálculos propios.

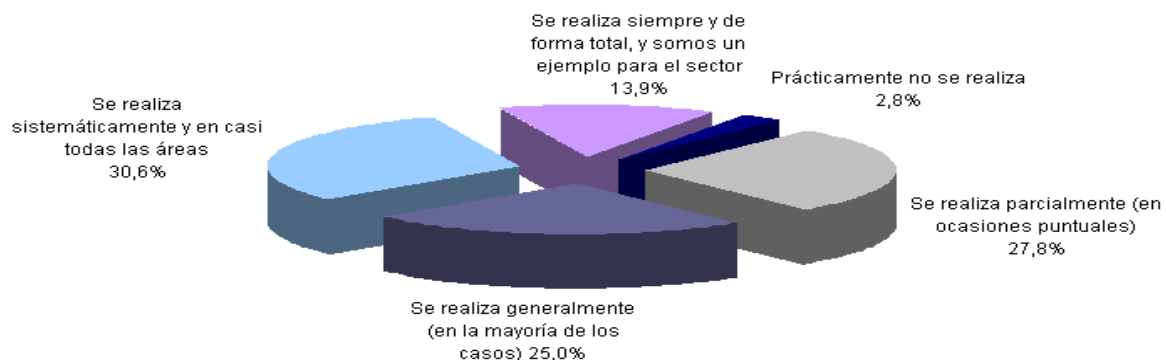
El 30.6 % considera que no participan en la implantación de planes de mejora, evidenciándose que solo en ocasiones puntuales se gestionan cambios y se plantean actividades que controlen y



corrijan las fallas del pasado, sin que se planteen actividades de retroalimentación en todas las áreas que permitan identificar fallas en los procesos y mejorar aquellos que son susceptibles al cambio.

Se evidencia que es necesario la participación continua de la parte misional de la institución en el mejoramiento continuo ya sea en los comités de calidad o en la creación de auditores de autocontrol para que conozcan las debilidades de cada área y procesos permitiendo así que se planteen cambios favorables para el servicio.

13.2.11.¿Identifican los objetivos a corto, mediano y largo plazo de la institución e implican a todos en el alcance de estas metas?



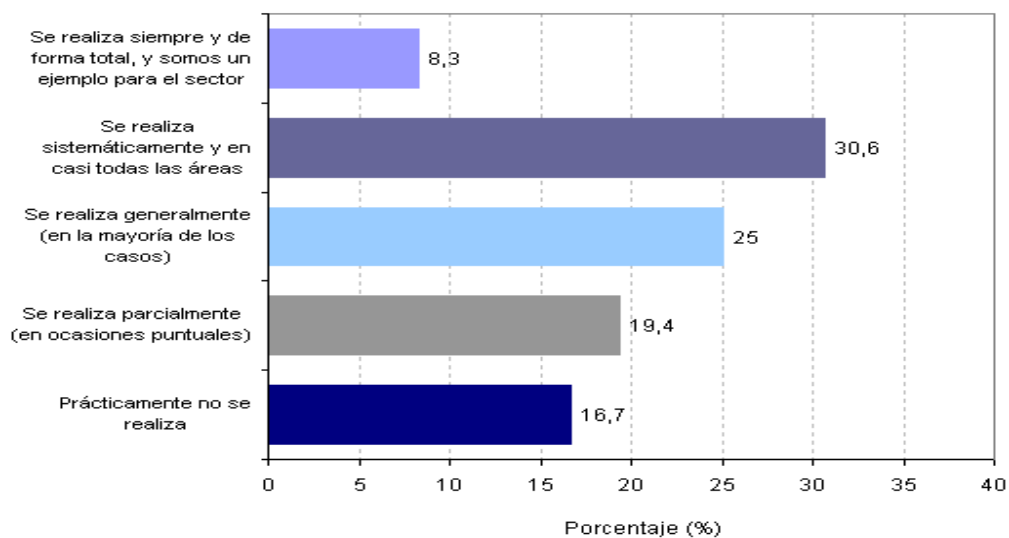
Fuente: cálculos propios.

El 83.4% del recurso humano identifica en mayor o menor medida los objetivos planteados por la institución a largo, mediano y largo plazo, solo los coordinadores de algunas áreas participan activamente en la toma de decisiones y planteamiento de mejoras, esto limita el conocimiento y la participación de todos los integrantes de la institución disminuyendo la posibilidad del cumplimiento de metas trazadas a futuro.



Es importante que cada integrante de la empresa conozca a plenitud la misión y visión de la institución para garantizar el cumplimiento de los objetivos.

13.2.12. ¿Están establecidos y controlados los registros requeridos por el sistema de gestión de la calidad?



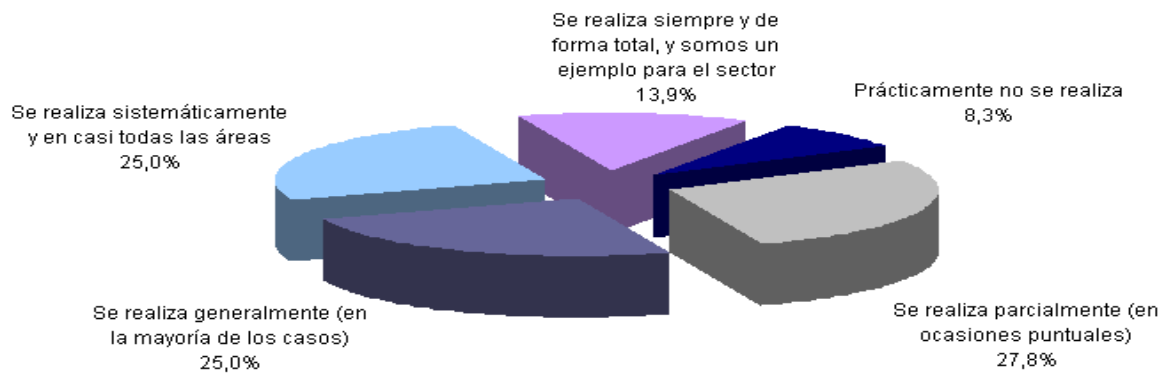
Fuente: cálculos propios

A través de la encuesta un 30.6 % de los empleados de Miocardio IPS manifiestan que los registros requeridos por el Sistema de Gestión se encuentran establecidos y controlados sistemáticamente en casi todas las áreas, un 25% opina que se realiza en la mayoría de los casos y un 19.4% determina que esto se realiza de forma parcial, sin embargo el personal desconoce el procedimiento de control establecido en la institución.



En el momento en que la institución elabora un proceso de control de Documentos del Sistema de Gestión de calidad es de fundamental que todo el personal conozca la importancia de llevar un adecuado control de los registros y que estos permitan el análisis, la evaluación y la mejora continua del el Sistema.

13.2.13.¿Promueve la dirección administrativa planes de mejoramiento dentro de la organización, con clientes (IPS, ESP, usuarios) proveedores y otras entidades externas?



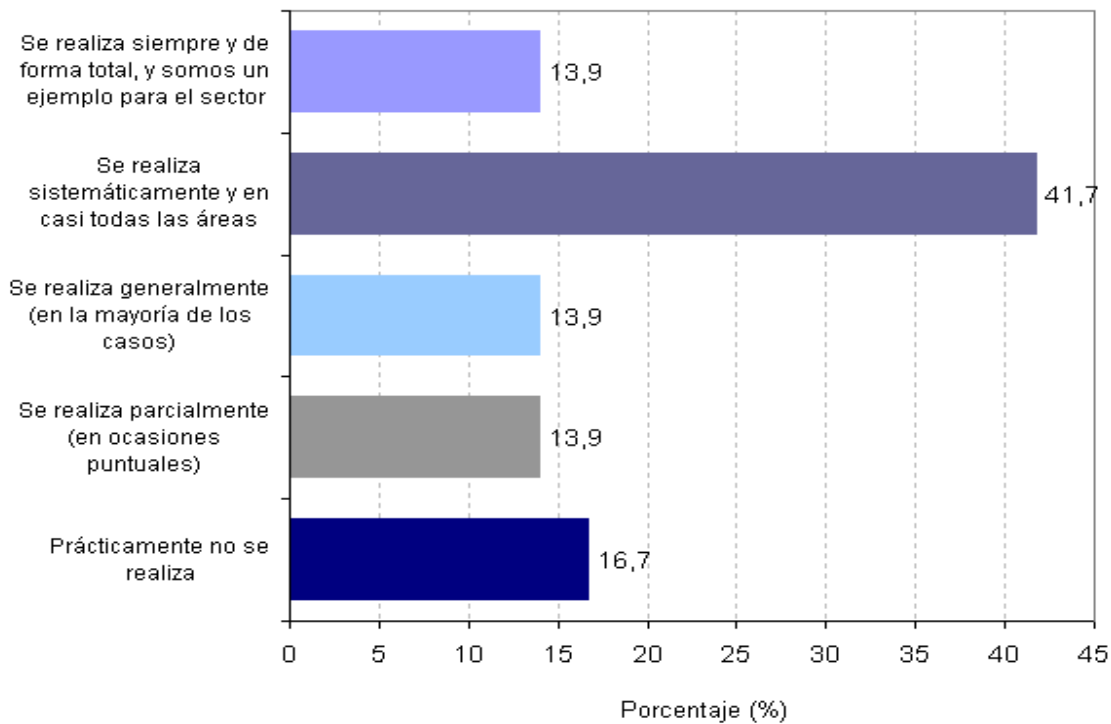
Fuente: cálculos propio

El 27% de los encuestados manifestaron que la dirección administrativa promueve parcialmente los planes de mejoramiento dentro de la organización, con clientes proveedores y otras entidades externas, un 25% opina que se realiza generalmente y un 8.3% siente que prácticamente no se realiza.

Para los directivos de las instituciones los planes de mejoramiento a situaciones detectadas que afectan los procesos deben proveer elementos que apunten a satisfacer las necesidades no

satisfechas en el cliente tanto interno como externo, por ende estos deben promoverse con clientes proveedores y otras entidades externas que participan de forma directa e indirecta en la prestación del servicio y el desarrollo institucional y, específicamente, sobre la forma como desde la gestión administrativa y directiva se le apuesta a optimizar los, diseñando e implementando acciones globales y focales que impulsen el logro de los mecanismos esenciales para el mejoramiento continuo.

13.2.14.¿Está establecida la política de la calidad y los objetivos de la calidad?

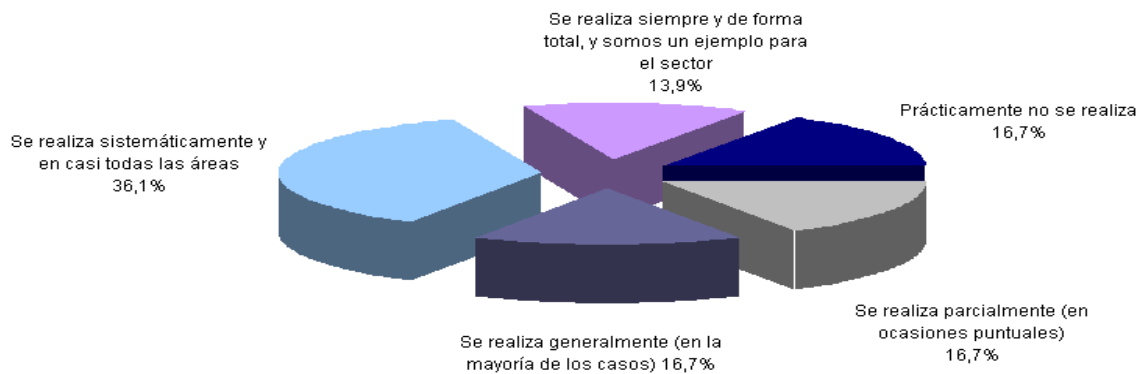


Fuente: cálculos propios

El 41.7% de los encuestados manifestaron existe **establecida la política y objetivos de la calidad** en la institución, sin embargo un 13,9% opina que esta se realiza de forma parcial y un 16,7% que prácticamente no se realiza.

Los resultados de la encuesta evidencian que la política de calidad no es conocida por el 100% de sus clientes internos, lo cual evidencia oportunidades de mejora, ya que la Política de la Calidad debe sentar las bases para establecer y revisar los Objetivos de la Calidad. La única forma de vincular y comprometer al cliente interno frente al SGC es sensibilizándolo y de esta manera dar efecto a la implantación de esta política, solo así se tendrán los conocimientos requeridos para conocer las exigencias de los clientes, y lograr ofrecerles excelentes productos o servicios que puedan satisfacer o exceder las expectativas.

13.2.15.¿Conoce usted la visión y la misión de la institución?



Fuente: cálculos propios



14. BIBLIOGRAFIA

- Ley 100 de 1993. <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

- Decreto 1011 de 2006- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1298 de 1994. Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1994/decreto_1298_1994.html

- Resolución 1446 de 2006 Sistemas de Información para la Calidad.<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>.

- Resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico No 1 Manual Único de Estándares de Calidad. <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

- Circular 030 de 2006 Superintendencia Nacional de Salud.
Indicadoresdel Nivel de Monitoriadel Sistema.
http://www.supersalud.gov.co/normatividad/documentos/CIRCULAR_30_2006.



- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (2007). <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>
- Guía PAMEC para IPS. <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>
- www.minproteccionsocial.gov.co
- www.supersalud.gov.co
- <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>



15. ANEXOS

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Liza Judith Sanguin Bolong

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 32 834731

Nombre Completo Edith Johanna Peñón Díaz

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 40186559

Nombre Completo Dora Lorena Rada Morroy

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 65.557654

Nombre Completo: _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscriptor(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Evaluación de Procesos Asistenciales y Análisis del PAMEC Institucional para miocardio SAS

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento
- Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.



LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Liza Judith Sanguan Bolong

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 32 834731

Nombre Completo Edith Johanna Bethón Díaz

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 40186559

Nombre Completo Dora Lorena Pardo Morroy

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 65.557054

Nombre Completo: _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Evaluación de Procesos Asistenciales y Análisis del PAMEC Institucional para miocardio SAS

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet.
- Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro.
- Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico.
- Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresen en este documento.
- Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio.