

EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO
DE CALIDAD EN SALUD (PAMEC) EMMANUEL INSTITUTO DE
REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL
INSTITUCIONAL

AUTORAS

MARYURI YULIETH PULIDO BELTRÁN

DIANA IVONNE RODRÍGUEZ PIÑEROS

ASESOR METODOLOGICO

HECTOR CASTILLO ROJAS

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA DE LAS

ORGANIZACIONES DE SALUD

BOGOTA, D.C., JULIO DE 2012

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Introducción	7
Marco Metodológico	23
Tipo De Estudio	23
Método	23
Participantes	23
Instrumentos	23
Procedimiento	24
Resultados	26
Discusión	49
Referencias	53
Anexos	54

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Aplicación de guías y protocolos en procesos asistenciales	27
Tabla 2	Necesidades de los usuarios Vs contenidos encontrados	30

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Árbol de problemas	29
Figura 2	Consolidado revisión historias clínicas	32
Figura 3	Percepción general del servicio	39
Figura 4	Resultados encuesta área de Psicología	41
Figura 5	Resultados encuesta área de terapia ocupacional	42
Figura 6	Resultados encuesta área de fisioterapia	43
Figura 7	Resultados encuesta área de fonoaudiología	44
Figura 8	Resultados encuesta área de neuropedagogía	45
Figura 9	Resultados encuesta área de musicoterapia	46
Figura 10	Conformidad con el servicio	47

INDICE DE ANEXOS

Anexo A	Lista de chequeo	54
Anexo B	Matriz de registro Cumplimiento de historias clínicas	55
Anexo C	Encuesta de satisfacción del usuario	59

Resumen

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN SALUD (PAMEC) EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL

MARYURI YULIETH PULIDO BELTRÁN¹

DIANA IVONNE RODRÍGUEZ PIÑEROS²

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Esta investigación de tipo explicativo tuvo como objetivo evaluar los resultados del PAMEC implementado en Emmanuel Instituto de rehabilitación y habilitación infantil durante los años 2009-2011, se evaluaron mediante el método analítico los procesos asistenciales y de apoyo, se contó con la participación del Instituto, los profesionales, la coordinación científica y secretaría asistencial. Las técnicas de levantamiento de la información que se utilizaron para la ejecución del proyecto de investigación fueron: observación directa, revisión documental, listas de chequeo y dinámicas grupales para la obtención de información. Dentro de los resultados se encuentra que existen procesos documentados pero no muestran registros suficientes para cada uno de las áreas evaluadas, así mismo algunos procesos no tienen evidencia de seguimiento. Dentro de los resultados se llega a la conclusión que la institución presentó falencias en el planteamiento del PAMEC, sin embargo a finales del año 2011 inicia acciones de mejora que le permiten organizar algunos procesos la generación de nuevas estrategias en busca de la calidad esperada de los servicios.

¹ maryuriyu_82@hotmail.com

² Ivonne-rodriguezp@hotmail.com

Introducción

El presente proyecto tiene como objetivo evaluar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) durante los años 2009-2011 en Emmanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil en los procesos asistenciales y de apoyo, para lo cual se realizó una revisión teórica acerca de la formulación e implementación del PAMEC en el Instituto, observando y analizando las diferentes problemáticas, causas y efectos que se presentan dentro de la Institución y principalmente en los procesos asistenciales y de apoyo.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 1011 (Abril 03 de 2006) en el título IV Art. 32, hace referencia a la responsabilidad de las instituciones de implementar un PAMEC; el cual se realiza mediante un proceso de seguimiento y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad.

En Emanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil para dar cumplimiento a lo dispuesto por el Gobierno y en busca de la mejora continúa en los procesos, se estableció en el año 2008 un PAMEC, el cual tiene contemplado evaluar y fortalecer los procesos prioritarios que para su efecto son establecidos por importancia de impacto, siendo estos: asistenciales (terapia física, ocupacional, de lenguaje, psicología, neuropedagogía y musicoterapia) y de apoyo frente a la atención del usuario (ingreso, recepción de pacientes y archivo).

Este programa por ser un documento dinámico durante la existencia de la Institución, sirve de herramienta en busca de la calidad, permitiendo medir la diferencia entre la calidad observada y la esperada en cada proceso planteado. Para esta medición, el PAMEC crea como una estrategia los comités de apoyo que tienen como función ser veedores en cada uno de los procesos, siendo estos: Comité Científico, Comité de Calidad, Comité de Historias Clínicas, Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO), Comité de Control Interno y el Comité de Trabajo de Desarrollo Proyectos de Investigación.

Teniendo en cuenta que el programa fue creado en el año 2008, se detecta que desde su diseño hasta la implementación actual, se encuentra documentación relacionada con la creación de los comités de apoyo, y bases de los procesos asistenciales y de apoyo; sin embargo, es de anotar que se evidencia dificultades en el desarrollo de estos procesos prioritarios, afectando la calidad y mejora continua de la institución.

Como parte de estas dificultades se observa que existen problemas en relación a la organización y seguimiento de la documentación de historias clínicas, estadística de avances en los procesos de cada uno de los usuarios, encuestas de satisfacción, guías y protocolos por área acorde a las demandas de los usuarios y evaluaciones de seguimiento, procesos de autoevaluación y retroalimentación en cada uno de los servicios asistenciales brindados por la institución.

Por otra parte, los comités que son una herramienta de apoyo para la implementación del PAMEC y los cuales tienen como función organizar, implementar y evaluar actividades para dar cumplimiento al proceso de autoevaluación en pro del mejoramiento de la calidad, no tienen la información

ni documentación en la que se encuentre la estructura de cada uno de ellos, no cuentan con un cronograma de trabajo, ni seguimiento a los problemas existentes dentro de la institución.

Teniendo en cuenta las observaciones realizadas anteriormente, se encuentra, que desde el inicio no se creó un flujograma de procesos para establecer el ingreso, organización y archivo en la documentación de historias clínicas, no existe el tiempo ni el espacio para la evaluación de resultados de los procesos de actividades desempeñadas por el personal y el funcionamiento de los comités de apoyo, ni la generación de estadísticas que permitan evaluar, retroalimentar y tomar acciones correctivas o preventivas frente a cada uno de los procesos prioritarios.

Así mismo, se encuentra que los procesos aun no tienen establecidos las guías y protocolos de manejo que optimicen el servicio prestado a cada uno de los usuarios.

Por dichas razones, se han generado dificultades en el acceso a la información oportuna, ágil y veraz generando inconvenientes de respuestas a las expectativas del usuario, procesos de autoevaluación y retroalimentación en cada uno de los servicios asistenciales brindados por la institución.

De igual manera, la falta de un flujograma de procesos en los trámites de recepción de documentos de ingreso ocasiona que diferentes personas realicen esta labor sin un adecuado archivo, seguimiento y cumplimiento de requisitos.

Por otra parte, el no adecuado funcionamiento de los comités de apoyo ocasiona que no se haga un aporte efectivo y oportuno a la mejora continua de los servicios habilitados y ofertados a los usuarios de la institución.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, se evidencia problemas en la calidad del servicio manifestándose en su componente misional y/u operativo, estrés laboral, falta de motivación, y pocos espacios para el avance de las funciones dentro de los comités afectando el proceso de mejora continua; ocasionando en los usuarios resultados lentos en los procesos de evolución y seguimiento de estos, generando en ocasiones quejas y reclamos por parte de los padres / clientes.

Partiendo de lo mencionado anteriormente, frente a las problemáticas que se evidencian en la implementación del PAMEC, y retomando su estructura, la cual cuenta con estándares que favorecen el seguimiento a los procesos prioritarios, se observa que la aplicación de este programa de forma consciente y oportuna favorecería el adecuado control, manejo y mejora de los diferentes procesos, permitiendo aumentar los indicadores de calidad, los cuales son necesarios para la búsqueda del mejoramiento continuo y para el seguimiento y evaluación a actividades y procesos realizados con el fin de determinar avances en los usuarios generando satisfacción al cliente.

A partir de lo expuesto anteriormente, se realiza la evaluación de los procesos asistenciales y de apoyo del PAMEC durante los años 2009-2011, evaluando la forma de control y seguimiento de la documentación; las guías y protocolos por áreas; la existencia o no de evaluación continua en cada uno de los procesos; las estadísticas de satisfacción al cliente realizadas; el rol de los comités conformados y el funcionamiento en la empresa; y las estadísticas de avance y evolución existentes por cada uno de los niños en Emanuel Instituto de Rehabilitación y habilitación infantil.

Para la evaluación del PAMEC durante los años 2009-2011 en Emanuel Instituto de Rehabilitación y Habilitación infantil, se tomó en cuenta que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el decreto 1011 de 2006, cuatro componentes así:

- Sistema Único de Habilitación
- Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. (PAMEC)
- Sistema Único de Acreditación
- Sistema de Información para la Calidad

La calidad de la atención de salud es 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.

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias 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.

Por otra parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007 establece la prestación de servicios con calidad, para lo

cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán 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 al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios”. (Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud, 2006).

Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron las pautas indicativas de auditoría que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad.

Se ha evidenciado a través de asistencia técnica y mesas de trabajo por parte del Ministerio de la Protección Social con diferentes actores del Sistema,

disímiles grados de desarrollo en la aplicación de estas pautas de auditoría, al igual que lo reflejado en la revisión de experiencias nacionales con relación a qué acciones de asistencia técnica están siendo efectuadas por los entes territoriales, para la implementación del programa de auditoría en su jurisdicción.

Este panorama lleva a la necesidad de complementar las pautas indicativas, que son el instrumento técnico para aplicar el modelo, con una guía metodológica y herramientas que faciliten a los entes territoriales el diseño e implementación de acciones para divulgar, capacitar a las organizaciones de su jurisdicción en materia de los niveles de calidad esperados en la atención de su población, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y les provea en forma práctica a los otros actores herramientas para el diseño e implantación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de que tratan estas pautas.

En este contexto, el PAMEC es la forma a través de la cual la IPS implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.

El primer paso para la realización del PAMEC es una autoevaluación diagnóstica de la institución frente a estándares de calidad de la atención superior a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

Una vez identificadas las deficiencias en calidad se seleccionan y priorizan los procesos a mejorar, para los cuáles se determinan metas esperadas.

Posteriormente, se diseña el plan de mejoramiento teniendo en cuenta los alcances de la institución. Este plan debería incluir al menos: un cronograma de

actividades, una matriz de asignación de responsabilidades, un modelo de seguimiento, y un esquema de ejecución y control.

Es de anotar que el PAMEC se ejecuta de manera continua. La institución debe garantizar su seguimiento y retroalimentación.

Ahora bien, desde el punto del vista del proceso de autoevaluación, el primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación en la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran importancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

Es relevante precisar que un diagnóstico básico general de fallas de calidad nos arroja principalmente un inventario de problemas de calidad, para que en una etapa posterior se identifiquen los procesos que están interviniendo en su generación.

Los participantes en el proceso de autoevaluación interna para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización deben ser la gerencia, el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si está

constituido; en caso de no estarlo, se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad o de un comité de mejoramiento de la calidad.

La autoevaluación como parte de la aplicación de la ruta crítica mencionada en las pautas indicativas de auditoría debe realizarse siempre que vaya a establecerse por primera vez en la institución el PAMEC, el cual contendrá aquellos proyectos de auditoría que se llevarán a cabo en la organización a corto, mediano y largo plazo.

En caso de que el programa ya esté estructurado, la autoevaluación deberá realizarse al revisar el cierre del ciclo gerencial PHVA y determinar el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento para los procesos en cuestión. Este proceso es importante porque el PAMEC debe estar encaminado a solucionar los problemas de calidad que están afectando directamente a los usuarios, en la medida en que no se obtiene la satisfacción de sus necesidades o expectativas y no se obtiene el resultado esperado en dicha atención, porque para implementar la cultura de autocontrol es importante que el equipo responsable de este ejercite permanentemente el proceso de autoevaluación interna en sus áreas de trabajo, porque afianza el camino para que la adopción de acciones preventivas encaminadas a prevenir la ocurrencia de los problemas de calidad identificados, igualmente acciones de seguimiento para evidenciar brechas de desempeño y para constatar la aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo con referentes legales y de calidad adoptados por la organización, y además las acciones coyunturales retrospectivas, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados y facilitar la aplicación de

intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención.

Desde el punto de vista de definición de prioridades, se debe tener en cuenta que el inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente.

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar *la matriz de priorización*, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos criterios sean los factores críticos de éxito de la institución.

Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.
- Calidad de la atención.

La matriz de priorización puede ser utilizada para planear y para evaluar. En este caso se pretende su uso para planear, lo que significa que no se va a

buscar evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado del ejercicio de autoevaluación, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo tienen mayor impacto en el mejoramiento institucional.

Cuando se han definido los procesos prioritarios objeto de mejora y que se convierten en su conjunto en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la institución, el paso siguiente es determinar el nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos. Esta guía tiene como objetivo dar elementos técnicos a las instituciones de cómo determinar la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios, comprendiendo el desarrollo del sistema de indicadores de apoyo, sobre el que se enfoca el trabajo de auditoría, en el sentido de su utilidad para evaluar el cumplimiento de la calidad esperada y hacer seguimiento a sus resultados.

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo son los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna convirtiéndose en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

Planificar la calidad esperada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir esas

necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos; en otras palabras, el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.

Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificadas en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados.

En conclusión, definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Una vez logrado lo anterior, se formula el plan de mejoramiento que permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su

ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son:

- Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora y aquellos que se encuentran relacionados con ellos.
- Programa de comunicación con el propósito de que la institución conozca cómo se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores.
- Definición de los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

Un plan de mejoramiento de la calidad trata de responder a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa, utilizando diferentes criterios como la vulnerabilidad, la percepción social, el impacto en la salud, entre otros.

Los planes detallados sirven al responsable del proceso como tablero de control de actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto y para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5 W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés:

what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de las razones que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas probables, si ciertamente hay diferencia y ella es negativa. La adecuada gestión en cuanto al desarrollo de esta fase requiere que, haciendo uso de técnicas comunes para el trabajo en equipo, se formulen todas las alternativas de solución posibles; se evalúen y se seleccionen, frente a criterios como factibilidad, aceptabilidad, etc., las distintas alternativas y se presenten a consideración de los responsables de la implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

Una vez esté identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados, realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora implementadas, mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo.

Una vez explicado el marco teórico, a continuación se mencionaron los conceptos que servirán de referencia para el desarrollo de la investigación:

- Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC): Es la forma a través de la cual la institución prestadora de servicios de salud (IPS)

implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.

- Calidad de la atención de salud: Es 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.
- Procesos asistenciales: Para efectos de esta investigación se definirá proceso asistencial todo aquel que tiene relación directa con el usuario dentro del proceso terapéutico de rehabilitación, siendo estos terapia física, de lenguaje, ocupacional, musicoterapia, psicología y neuropedagogía.
- Procesos de apoyo: Se tomarán como estos procesos los servicios de manejo de la documentación de los usuarios dentro de la recepción e ingreso al instituto y la medición del impacto o satisfacción de estos. (Proteccionsocial, 2007)

Esta información nos permite evaluar los procesos asistenciales y de apoyo del PAMEC durante los años 2009-2011 implementados en Emanuel Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil, lo cual realizamos a través de:

- Identificación de la aplicación de las guías y protocolos en cada una de los procesos asistenciales.
- Verificación el proceso de archivo, organización y seguimiento de la documentación.
- Análisis del resultado de evaluación de cada uno de los procesos.

- Conocimiento de los resultados de estadística de satisfacción de los clientes.
- Evaluación de la gestión de los seis comités de apoyo.
- Revisión de las estadísticas y reportes de avance de cada uno de los usuarios.

Marco metodológico

Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo explicativo en la que se evaluaron los procesos asistenciales y de apoyo del PAMEC, efectuando un análisis de relación causa – efecto.

Lo anterior permitió la evaluación del nivel de cumplimiento de los procesos del programa y establecer los avances y resultados obtenidos.

Método

El método utilizado para el desarrollo de esta investigación fue el analítico debido a que se analizó cada uno de los componentes del PAMEC, estableciendo el nivel de interdependencia frente a los procesos asistenciales y de apoyo.

Participantes

El proyecto se realizó en Emanuel Instituto de Rehabilitación y habilitación infantil, y se desarrolló con la colaboración de los profesionales asistenciales, coordinación científica de la institución y secretaría asistencial.

Instrumentos

Las técnicas de levantamiento de la información que se utilizaron para la ejecución del proyecto de investigación fueron:

- La observación directa debido a que permitió conocer las variables relacionadas con la investigación, es decir, los procesos asistenciales y de apoyo del PAMEC.

Para ello, se observó la prestación del servicio, el funcionamiento de los diferentes agentes intervinientes en cada uno de los procesos y procedimientos del programa.

- La revisión documental debido a que se analizaron las diferentes fuentes de información directas que se relacionan con los procesos asistenciales y de apoyo del PAMEC.
- Así mismo, se hizo la revisión de guías, protocolos, estadísticas y demás documentación relacionada con el programa.
- Las listas de chequeo se utilizaron para realizar verificación de la documentación archivada y cumplimiento de los procesos.

Procedimiento

Para la ejecución del proyecto se realizó las siguientes etapas:

- Identificación de la aplicación de las guías y protocolos en cada uno de los procesos asistenciales a través de la observación y seguimiento de registros.
- Verificación del proceso de archivo, organización y seguimiento de la documentación a través de la utilización de listas de chequeo.
- Análisis de los resultados de evaluación de cada uno de los procesos, a través de la revisión documental de las evaluaciones existentes por proceso y el establecimiento de la funcionalidad, acciones correctivas y seguimiento realizados posteriormente a estas.
- Conocimiento de los resultados de estadística de satisfacción de los clientes, lo cual se realizó según datos e información archivada.
- Evaluación de la gestión de los seis comités de apoyo, realizando una revisión a la documentación manejada y registros existentes, teniendo en

cuenta las acciones realizadas, cronogramas de trabajo y cumplimiento de este.

- Revisión de las estadísticas y reportes de avance de los usuarios, lo cual se realizó a través de la revisión de documentación.
- Una vez realizadas las anteriores fases, se efectuó la sistematización y análisis de la información para generar el informe final.

Resultados

A continuación se describen los resultados hallados en la evaluación del PAMEC entre los años 2009 y 2011 en Emmanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidad Infantil, referentes a: 1) la aplicación de las guías y protocolos de cada uno de los procesos asistenciales; 2) la verificación del proceso de archivo, organización y seguimiento de la documentación; 3) los análisis de los resultados de evaluación de cada uno de los procesos; 4) los resultados de estadísticas de satisfacción de los clientes; 5) los resultados de la evaluación de la gestión de los seis comités de apoyo; y 6) los hallazgos en relación a las estadísticas y reportes de avance de cada uno de los usuarios.

Aplicación de las guías y protocolos de cada uno de los procesos asistenciales

La identificación de la aplicación de las guías y protocolos en cada una de los procesos asistenciales se inició con una fase observacional, la cual se realizó con acercamiento a cada una de las áreas asistenciales, utilizando la revisión de guías y protocolos existentes y la aplicabilidad de éstos por parte de cada uno de los profesionales en las diferentes áreas del proceso asistencial.

Al realizar la revisión de guías y protocolos existentes, se encontró que estos documentos solo están en tres áreas de seis de los procesos asistenciales de Emanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidad infantil; de estas tres áreas solo en promedio 1 de 4 profesionales conoce la existencia de éstas, aunque refieren no estar aplicándola debido a diferentes circunstancias expuestas por cada uno de ellos. (Ver tabla 1).

Tabla 1. *Aplicación de guías y protocolos en procesos asistenciales.*

AREA	GUIA Y PROTOCOLO	No PROFESIONALES	PROFESIONALES QUE CONOCEN LAS GUIAS Y PROTOCOLOS
Fisioterapia	Parálisis Cerebral Retraso del desarrollo	4	1
Fonoaudiología	Parálisis Cerebral	4	1
Terapia Ocupacional	Parálisis Cerebral Trastorno generalizado del desarrollo	4	1
Neuropedagogía	No existe	5	0
Musicoterapia	No existe	2	0
Psicología	En elaboración	4	0

Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de determinar las circunstancias por las cuales no existía la adherencia a las guías y protocolos, por parte del grupo de profesionales de área asistencial, se generó un espacio en el que se evaluó, a través de una dinámica de lluvia de ideas, la exploración de dicha situación. Este ejercicio arrojó un árbol de problemas que permitió identificar claramente las razones para la baja adherencia que tienen los profesionales en las diferentes áreas.

El desarrollo del árbol de problemas se realizó a través de una dinámica con el equipo de profesionales, en donde se establece como situación a analizar la no adherencia a las guías y protocolos existentes en el Instituto.

Al analizar los resultados encontrados dentro del árbol de problemas se puede establecer que existen principalmente tres factores que afectan la adherencia a las guías y protocolos dentro de la institución; a saber:

- Factores relacionados con el grupo de profesionales: El grupo profesional no muestra interés por aplicar las guías que existen dentro de la institución, bien sea porque no las manejan, no muestran interés por

conocerlas e implementarlas o porque prefieren realizar los procesos de intervención basándose en experiencia anteriores.

- Factores de Gestión humana: Los procesos de selección del personal profesional no está contando con requisitos claros que permitan establecer los perfiles de cargo y el personal acorde a las exigencias de la institución, por lo cual se observa dificultad del nuevo personal de responder ante las demandas de las guías y protocolos, bien sea por presentar conocimientos básicos desde su área profesional o por el contrario por ser personal con alta trayectoria a la cual se le dificulta cambiar los procedimientos de intervención.
- Factores de elaboración de las guía y protocolos: Las guías y protocolos no se realizaron teniendo en cuenta el grupo interdisciplinario, y su estructura es simple ya que es más una revisión teórica que el desarrollo de procedimientos claros para la institución, razón por la cual es de difícil comprensión para el personal que ingresa a la institución y debe adherirse a ellas.

De igual forma, se observa que las guías y protocolos existentes no responden a las necesidades de la población, siendo sus contenidos básicos y sin adecuados procedimientos y técnicas para su aplicación. (Ver Figura 1).

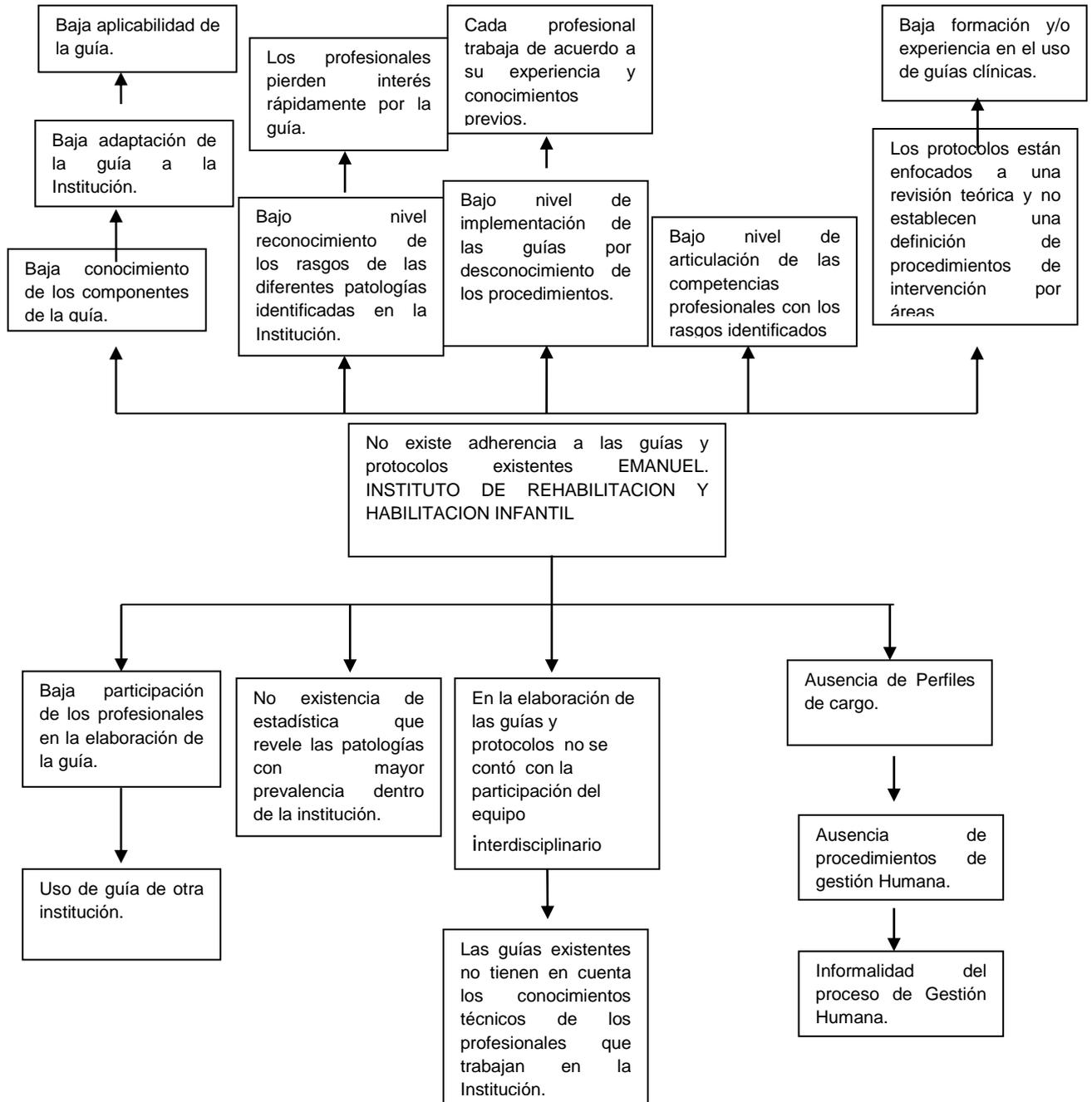


Figura 1. Árbol de problemas

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, con el fin de aclarar y establecer cuáles son las necesidades a las que deben responder las guías y protocolos dentro de la Institución y las encontradas ante la revisión realizada a las guías existentes en Emanuel, se diseñó una tabla de necesidades de los usuarios vs los contenidos encontrados en la revisión, que tiene como fin conocer más a fondo la situación frente a este tema en la institución. (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Necesidades de los usuarios vs contenidos encontrados.*

Necesidades	Contenidos encontrados
Cubrimiento de las patologías de mayor prevalencia	Se observa que el grupo poblacional atendido por la institución cuenta con diversas patologías, las cuales no se han tenido en cuenta para establecer la prevalencia de estas y por tanto la creación de nuevas guías y protocolos.
Técnicas acordes a las características de cada uno de los diagnósticos manejados en la Institución	Se encuentra que las guías y protocolos existentes hacen referencia más a una revisión documental de la patología, y no como tal un protocolo de intervención.
Metodología en la aplicación de las diferentes técnicas	Al no existir un protocolo con adecuada estructura no se encuentra una metodología clara para la aplicación de las diferentes técnicas, lo cual dificulta dar respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios.
Evaluación y seguimiento de los técnicas frente a las características de los usuarios	Las guías y protocolos no cuentan con parámetros de evaluación que permitan realizar un adecuado seguimiento a los planes de intervención planteados para cada uno de los usuarios.
Cubrimiento de cada una de las áreas con guías y protocolos de intervención	De las seis áreas asistenciales se evidencia que en solo 3 de ellas existen algunas de las guías y protocolos, lo cual no permite tener un cubrimiento total de las diferentes aéreas afectando los procesos de intervención de los niños.
Conocimiento, adherencia del total de los profesionales a las guías y protocolos.	Los profesionales no conocen ni manejan adecuadamente las guías y protocolos evidenciándose dificultades para el planteamiento de planes de intervención.

Fuente: Elaboración propia

Verificación del proceso de archivo, organización y seguimiento de la documentación

Para evaluar cómo se está desarrollando los procesos de archivo, organización y seguimiento de la documentación, la cual debe reposar en el archivo de historias clínicas de cada uno de los usuarios, debido a que es un requisito primordial dentro de una institución de salud, se estableció una lista de chequeo (ver anexo A), la cual incluye un listado de los documentos primordiales que debe contener la historia clínica y que deben ser recepcionados y archivados por el proceso de apoyo.

Se realizó la aplicación de la lista de chequeo a cada una de las historias clínicas existentes en la institución y se elaboró una matriz de registro para establecer el cumplimiento (ver anexo B).

Al analizar dicha matriz se encontró que el número de historias clínicas con la documentación completa responde al 43% del total de historias clínicas existentes.

De igual forma, se identificó el tipo de documentación que hacía falta en el resto de historias clínicas, encontrándose que del 57% de historias incompletas, el 21% de faltantes corresponde a la foto y el 16% a historias clínicas sin remisiones al servicio y otro tipo de documentación que se describe en la figura 2.

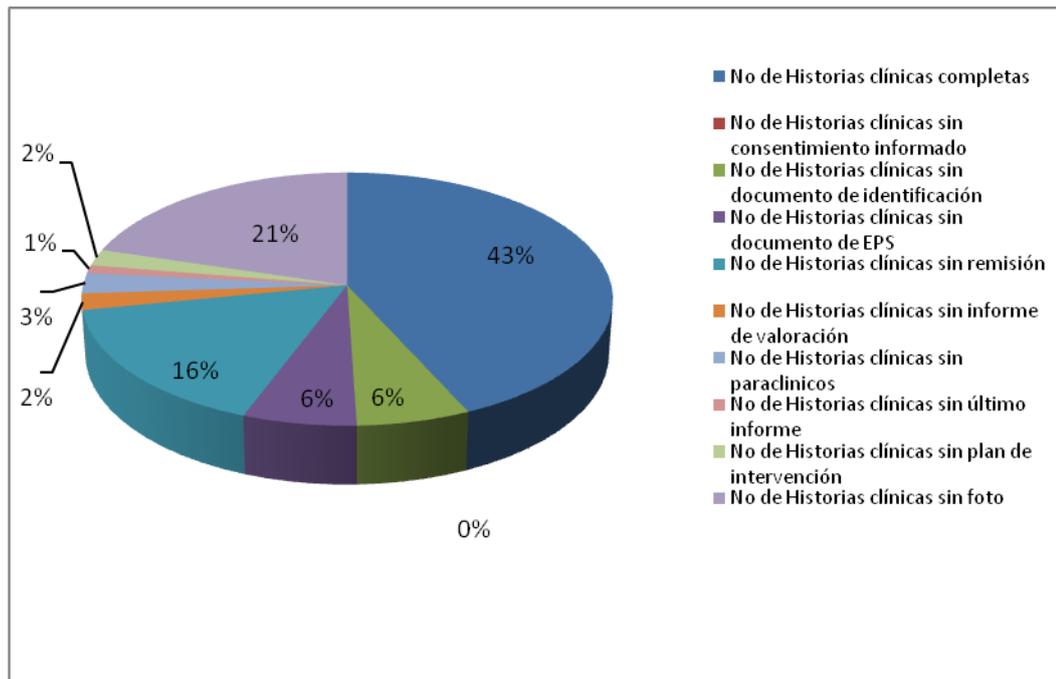


Figura 2. Consolidado revisión historias clínicas

Fuente: Elaboración propia.

Para la revisión a las historias clínicas de la Institución se realizó un reconocimiento acerca de las condiciones que debe tener una institución de salud para el manejo del archivo, y de esta forma establecer si las condiciones de archivo manejadas en Emmanuel estaban acordes a las demandas legales y reglamentarias.

Dentro de la normatividad, una de las condiciones que se encontró hace referencia a la existencia de tres archivos diferentes, en cada institución prestadora de servicios de salud, los cuales se describen a continuación:

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco años desde la última atención.

Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

En el Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil Emmanuel se encuentra el manejo de 2 de los 3 archivos descritos anteriormente: el primer archivo es el de gestión que hace referencia a las historias clínicas de los usuarios en donde reposa la documentación básica evaluada con la lista de chequeo y el segundo el archivo central que hace referencia al archivo de documentación relacionada con el proceso de rehabilitación desarrollado con cada uno de los usuarios (informes mensual, planes de intervención, evoluciones y constancia de procesos).

En relación al archivo histórico, la institución aún no lo ha implementado puesto que no cuenta con la trayectoria requerida para que dicha documentación tome un valor histórico.

Al realizar el procedimiento de verificación se observó que las historias clínicas que se encuentran en el archivo central están archivadas en una gaveta ubicada dentro de la oficina de dirección y coordinación científica, la cual no cuenta con capacidad de almacenamiento suficiente ni adecuada para el tipo de documentación manejada y el número existente de historias clínicas, ya que ésta es pequeña y no tiene las dimensiones necesarias para la organización de las A-Z, además no cuenta con las condiciones de seguridad

que garanticen la custodia de las mismas puesto que no se encuentran bajo llave.

Así mismo por las condiciones de almacenamiento inadecuadas se dificulta el acceso y la organización de las historias clínicas, encontrándose que aún no reposan por orden de número de identificación acorde a la Resolución 1995 de 1.999, ni la documentación se encuentra foliada.

Con relación al archivo de gestión, se observó que está ubicado en la oficina de recepción y allí hay un mueble archivador bajo llave. Las historias que reposan en este archivador no están organizadas por número de identificación sino por orden alfabético. De otra parte, no se lleva un control de préstamo de historias clínicas.

Es evidente que las condiciones físicas de conservación y reposo de las historias clínicas no ha sido asignadas puesto que aún no se cuenta con un espacio físico apropiado para el archivo dentro de la institución, afectando la adecuada conservación y archivo de las mismas, ya que según lo establecido en el artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 “los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen” (Artículo 17 de la Resolución 1995 de 1999), refiriéndose principalmente a:

- Edificación: Ubicación, aspectos estructurales y capacidad de almacenamiento.

- Almacenamiento: Estantería y distribución de las estanterías o contenedores.
- Condiciones ambientales: Temperatura de 15 a 20 °C, humedad relativa 40 al 60 %, ventilación e iluminación.
- Seguridad.
- Mantenimiento.

Así mismo, las condiciones de manejo propios del archivo no son acordes a lo estipulado por la legislación que establece que “la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar” (Artículo 6 de la Resolución 1995 de 1999). La foliación tampoco responde a lo reglamentado incumpliendo con “todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.” (Artículo 7 de la Resolución 1995 de 1999)

En cuanto a la custodia de historias clínicas, se infringe el cumplimiento del Artículo 16 de la Resolución 1995 de 1999 que establece que “el prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias

clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información”, puesto que el área de dirección y recepción son zonas de acceso público y no se brinda la seguridad necesaria para la adecuada custodia de estas.

En relación a la apertura de historias clínicas se encuentra que no se está archivando documentación en el momento de la valoración de los pacientes, ni dando apertura a carpetas de historias clínicas, debido a que no se cuenta con el tiempo, personal y recursos para poder desarrollar esta actividad de la mejor forma y en el menor tiempo posible.

En conclusión, con el proceso de historias clínicas se evidencia que el manual de procedimiento institucional documentado para el uso y manejo de historias clínicas, el cual se encuentra soportado por la resolución 1995 de 1999, no se aplica acorde con la normativa vigente, y causa incumplimiento de las actividades propuestas por el PAMEC, en términos de calidad en los servicios.

Resultados de evaluación de cada uno de los procesos

Continuando con el proceso de evaluación al PAMEC se encuentra que durante el periodo comprendido entre 2009 - 2011, la Institución no ha realizado evaluaciones a los procesos asistenciales y de apoyo; por lo tanto, no existen evidencias de soportes documentales que nos permitan evaluar la eficiencia de cada uno de ellos; sin embargo, han ejecutado acciones correctivas como:

- Creación de una serie de formatos que permiten el registro y seguimiento de cada uno de los procedimientos mínimos requeridos dentro del proceso asistencial; tales como: registro de control de

terapias, control de novedades de auxiliares, sistemas general de información de usuarios, autorización para valoración e ingreso, registro de entrada y salida de historias clínicas, control mensual de inasistencia, registro de valoración y asistencia de usuarios. Estos registros se encuentran a cargo de proceso de calidad que se creó a finales del segundo semestre de 2011.

Es importante aclarar que estos formatos y registros al momento de la revisión realizada se encontraban en proceso de implementación por tanto, aún no se ha establecido los parámetros de evaluación de los mismos.

- Creación del registro del sistema general de información de los usuarios que permite generar una estadística para determinar las patologías con mayor prevalencia y de esta forma crear las guías y protocolos necesarios para dar cubrimiento a las patologías que superen el 10% del grupo poblacional que se encuentra recibiendo el proceso de rehabilitación. Esta acción correctiva es generada por la necesidad del área asistencial de iniciar procesos de intervención con mayor efectividad para los usuarios.
- Implementación del manual del proceso general de la prestación del servicio con el fin de fijar parámetros y responsables de cada uno de los procedimientos que se realizan dentro de la institución para mejorar la calidad y eficiencia del servicio.

Las anteriores acciones correctivas se fueron generando a través de experiencia propias en cada uno de los procesos y de sus actores, las cuales fueron manifestadas en:

- Dificultades para el establecimiento de responsables frente a cada procedimiento.
- Falta de bases de datos confiables que permitieran un adecuado control y seguimiento a cada uno de los usuarios.
- La necesidad de cumplimiento en los procesos de rehabilitación
- Registro de actividades diarias que requerían de control para diferentes fines.

Resultados de evaluación de cada uno de los procesos frente a la satisfacción de los usuarios con el servicio

En relación a los resultados encontrados frente a la satisfacción de los usuarios con el servicio, se realizó una revisión a la documentación existente en la institución en la que se encuentra que ésta se ha evaluado a través de la aplicación de una encuesta semestral (ver anexo C) a cada uno de los padres de los usuarios que reciben el servicio en el Instituto.

Esta encuesta se está aplicando desde el primer periodo del 2011 y consta de tres partes; a saber: en la primera se evalúan aspectos relacionados con la percepción general que se tiene frente a la organización; la segunda hace referencia a toda la parte evaluativa de cada uno de sus procesos asistenciales; y la tercera mide el nivel de conformidad general con el servicio ofrecido.

Dentro de la revisión se encontró que la encuesta fue aplicada, en el periodo comprendido entre enero y junio del 2011, a 75 personas y en la que se encontraron los siguientes resultados:

En la primera parte de la encuesta aparecen 9 preguntas que buscaban clasificar aspectos con respecto a la calidad de las relaciones con los usuarios

y con los padres, así como las condiciones locativas de la institución. Las respuestas se calificaban de la siguiente manera: 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno, 4 Muy Bueno y 5 Excelente.

En este sentido, se encuentra como resultado que la percepción general que se tiene frente a la organización es buena, mostrando puntajes mas altos en muy bueno y excelente y la calificación dada entre bajo y regular no supera a 5 personas las cuales muestran mayor inconformidad ante la distribución, presentación e instalaciones de la institución. (Ver figura 3).

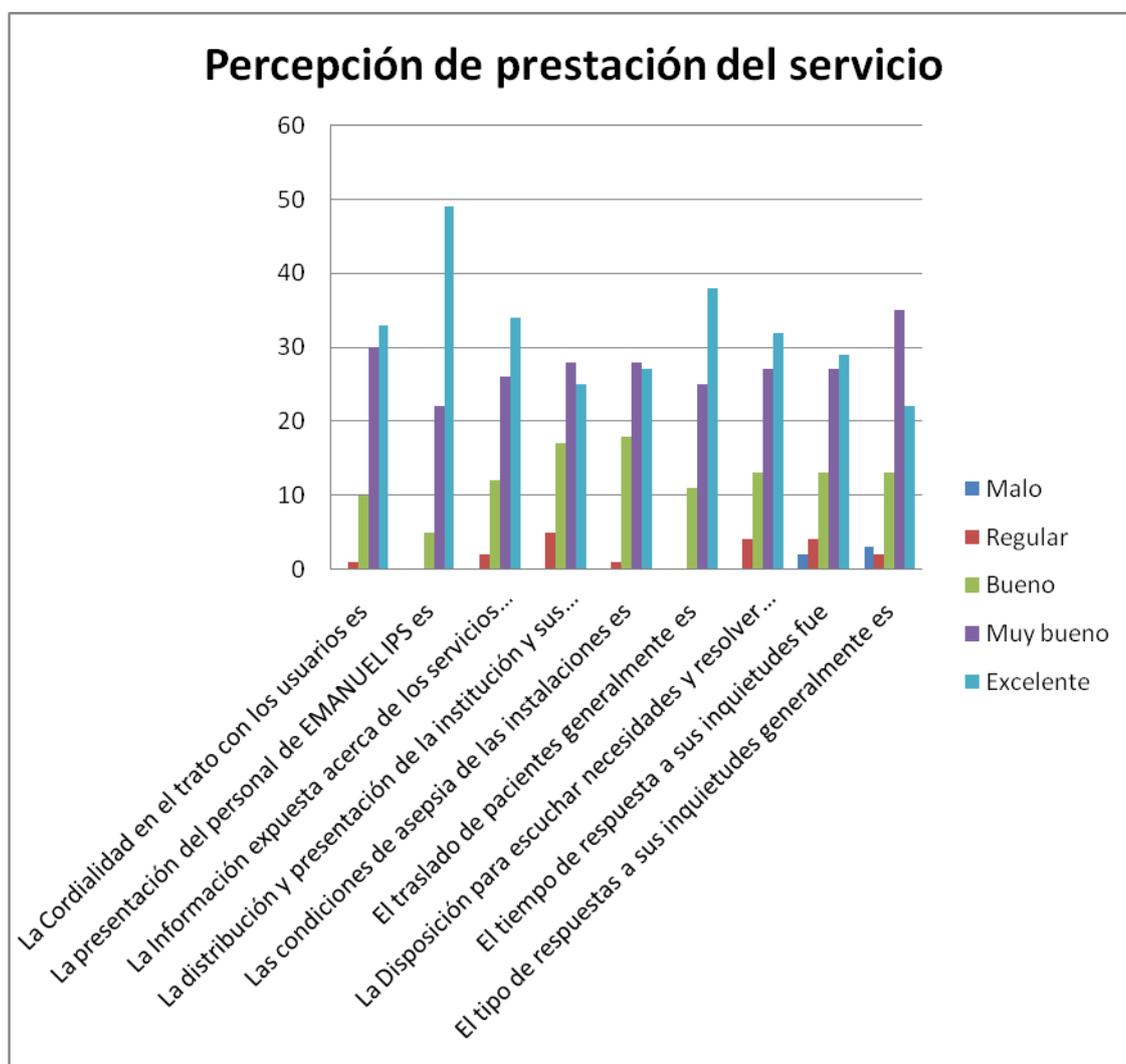


Figura 3. Percepción general del servicio.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

En la segunda parte de la encuesta se evaluaron las áreas asistenciales a través del planteamiento de 7 preguntas utilizando el mecanismo de calificación de la siguiente manera: 1 Malo, 2 Regular, 3 Bueno, 4 Muy Bueno y 5 Excelente. Estas preguntas tenían como objetivo determinar la claridad de los objetivos terapéuticos, procedimiento, resultados, planes de intervención y claridad de los planes terapéuticos, así como la disposición de la retroalimentación entre el área asistencial y los padres de los usuarios.

En las diferentes áreas se encontró que los puntos de mayor calificación fue excelente, las cuales hacen referencia a la disposición y amabilidad de los profesionales con los padres de los usuarios y en la claridad de los objetivos planteados.

Se encuentra que el resto de ítems evaluados puntúan un promedio de muy bueno y bueno, lo cual hace ver que el área asistencial en general está respondiendo a lo esperado por la mayoría de los padres de los usuarios.

Las calificaciones de regular y malo se encuentran en un promedio inferior a 5 personas que consideran que este servicio presenta dificultades en la claridad de los planes caseros y los planes de intervención la calificación de malo está presente aunque el promedio de inconformidad es muy bajo.

En el área de Psicología se encuentra que la claridad de los objetivos terapéuticos y la amabilidad y disposición de los profesionales en la atención a los padres muestran puntajes de excelente con alta diferencia en relación a los otros ítems. Los demás ítems revelan un puntaje promedio calificado como muy bueno, lo cual demuestra que la percepción general del servicio frente a los padres de los usuarios es satisfactoria. (Ver figura 4).

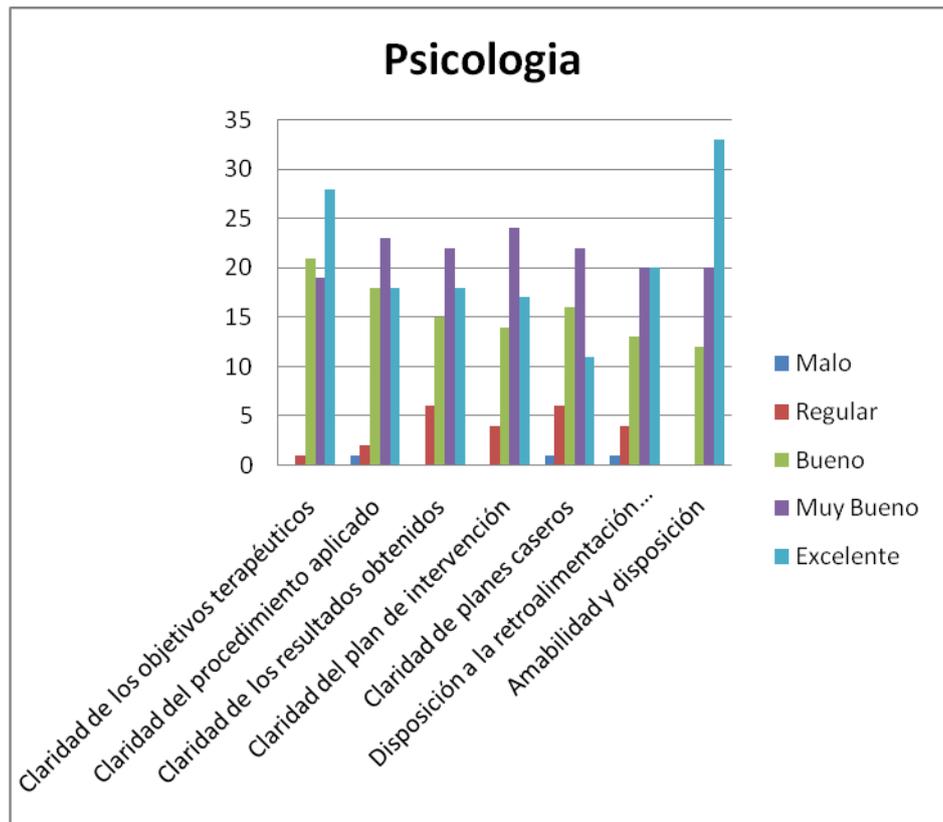


Figura 4. Resultados encuesta área de Psicología.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

En el área de Terapia Ocupacional se encuentra que sus puntajes en calificación de excelente son igualmente en disposición y amabilidad de los profesionales, así como en la claridad de los objetivos terapéuticos. El ítem evaluado más alto como muy bueno se relaciona con la claridad del procedimiento aplicado. Los demás ítems son evaluados como buenos por tanto se evaluó este servicio en general como bueno, encontrándose algunas falencias en la claridad de planes caseros que fue calificado entre malo y regular por al menos ocho personas. Se observa inconformidad por un grupo menor evidenciándose que en 5 de los 6 ítems evaluados se encuentran calificaciones de malo. (Ver figura 5)

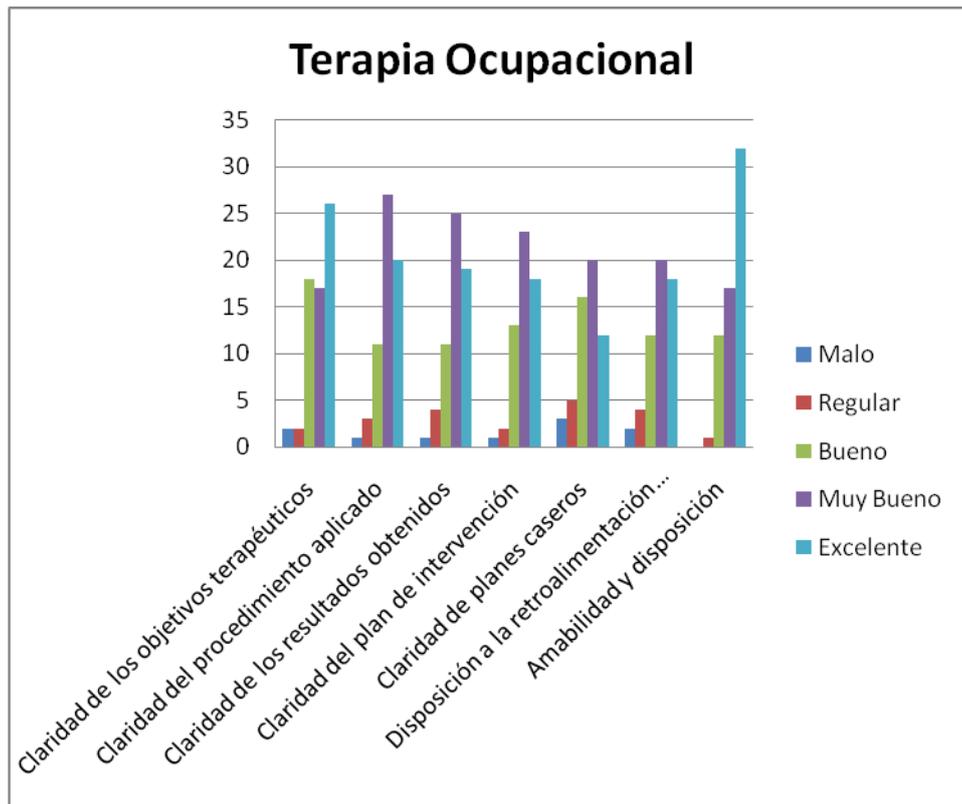


Figura 5. Resultados encuesta área de Terapia Ocupacional.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

Con relación al área de Fisioterapia, se halla que en términos generales el servicio es considerado como excelente y muy bueno, evidenciándose la puntuación más alta en relación a la disposición y amabilidad del grupo de profesionales y la claridad del plan de intervención. Llama la atención que con relación a los planes caseros se encuentra que un grupo superior a cinco personas lo califica como regular y solo dos ítems son calificados por un grupo como malo. (Ver figura 6).

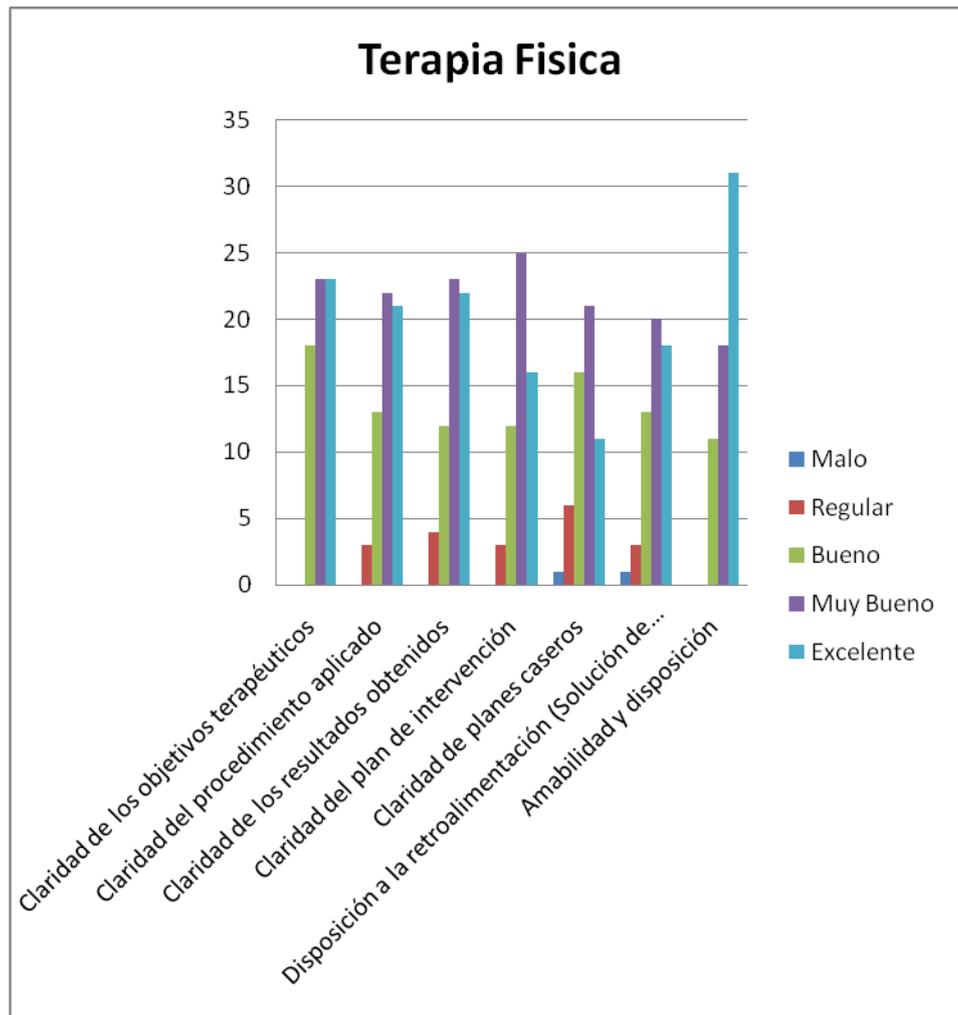


Figura 6. Resultados encuesta área de Fisioterapia.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

El área de Fonoaudiología es considerada por los padres evaluadores como excelente y muy bueno, viéndose reflejado en todos los ítems calificados, sin embargo se encuentra que los ítems que tienen calificaciones de regular son relacionados con la claridad de cada uno de los procedimientos dentro del área. A diferencia de las áreas analizadas anteriormente, se encuentra que es calificado por algunos evaluados como regular el ítem de amabilidad y disposición de los profesionales para la atención de los padres. (Ver figura 7).

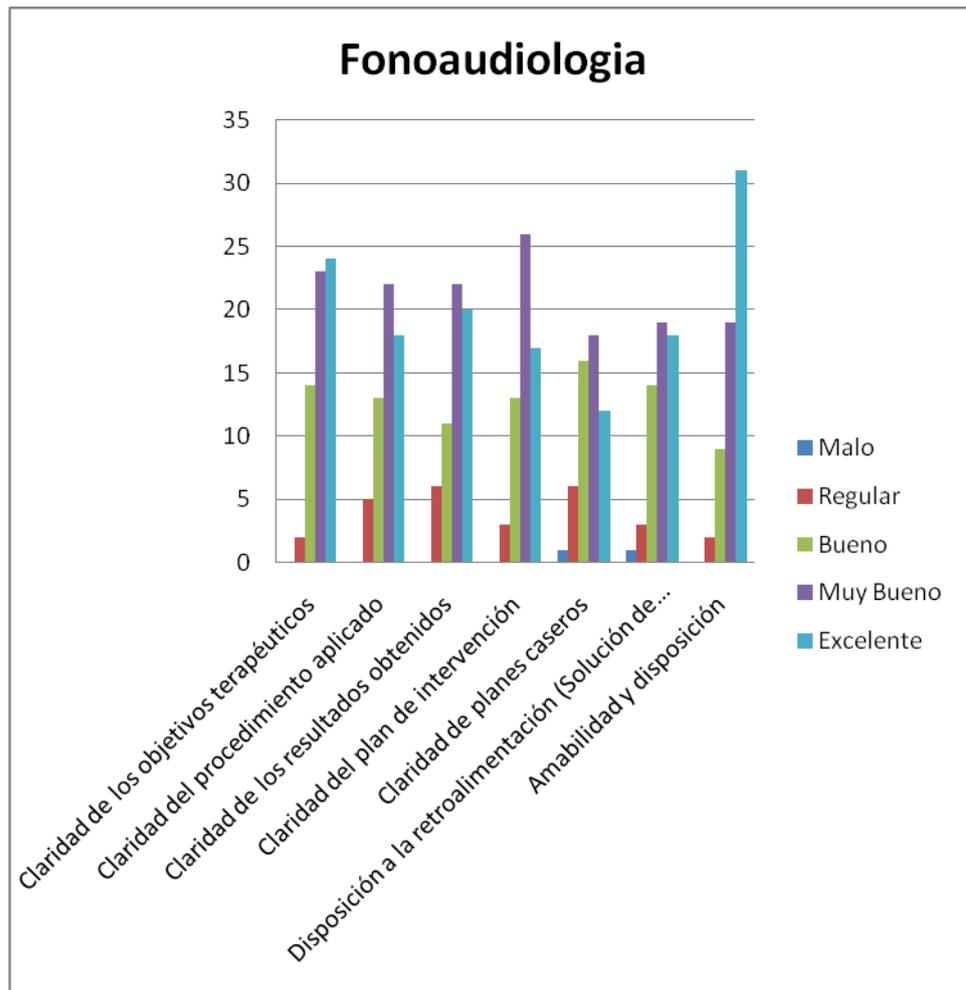


Figura 7. Resultados encuesta área de Fonoaudiología.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

El área de Neuropedagogía es la que se encuentra que los picos más altos de evaluación la califican como un servicio en general muy bueno. Sin embargo, es de resaltar que de todos los servicios evaluados anteriormente es el que mayor número de personas califica como regular, aunque en solo dos de los seis ítems tienen calificación como malo. (Ver figura 8).

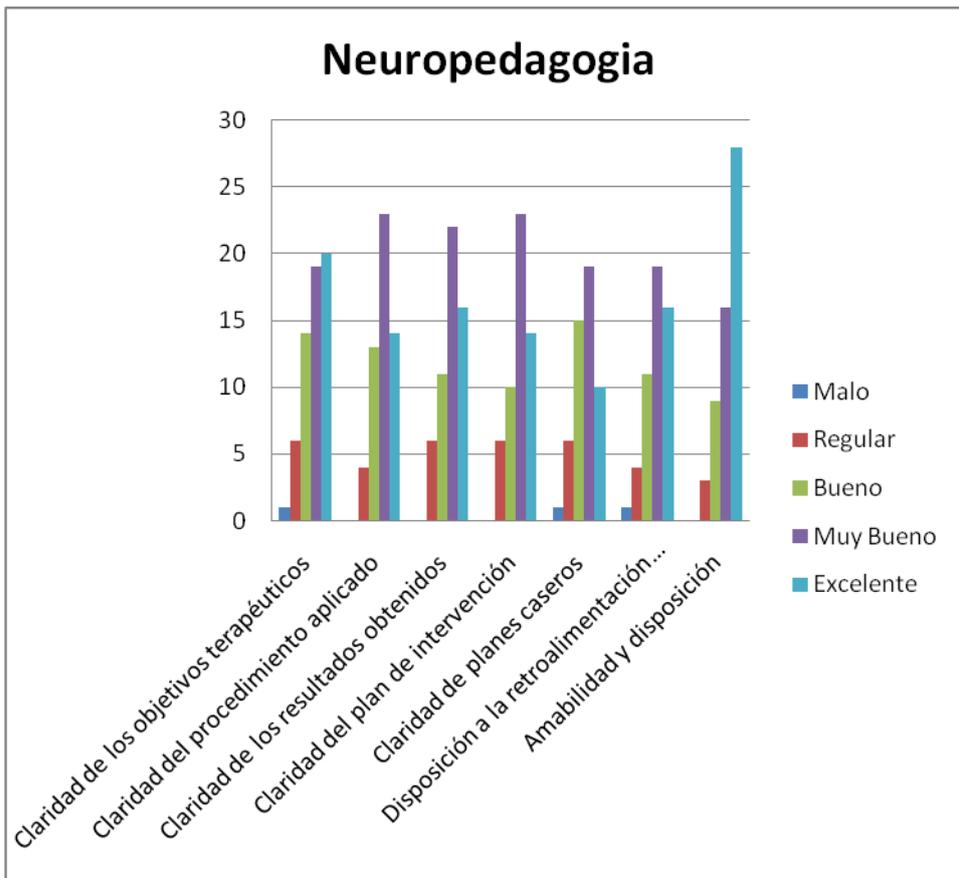


Figura 8. Resultados encuesta área de Neuropedagogia.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

Al igual que las demás áreas, el servicio de Musicoterapia cuenta con una percepción general de muy buena. Se encuentra su mayor puntaje en relación a la disposición y amabilidad de los profesionales en la atención a padres y en solo dos ítems se encuentra alguna percepción mínima calificada como malo. (Ver figura 9).

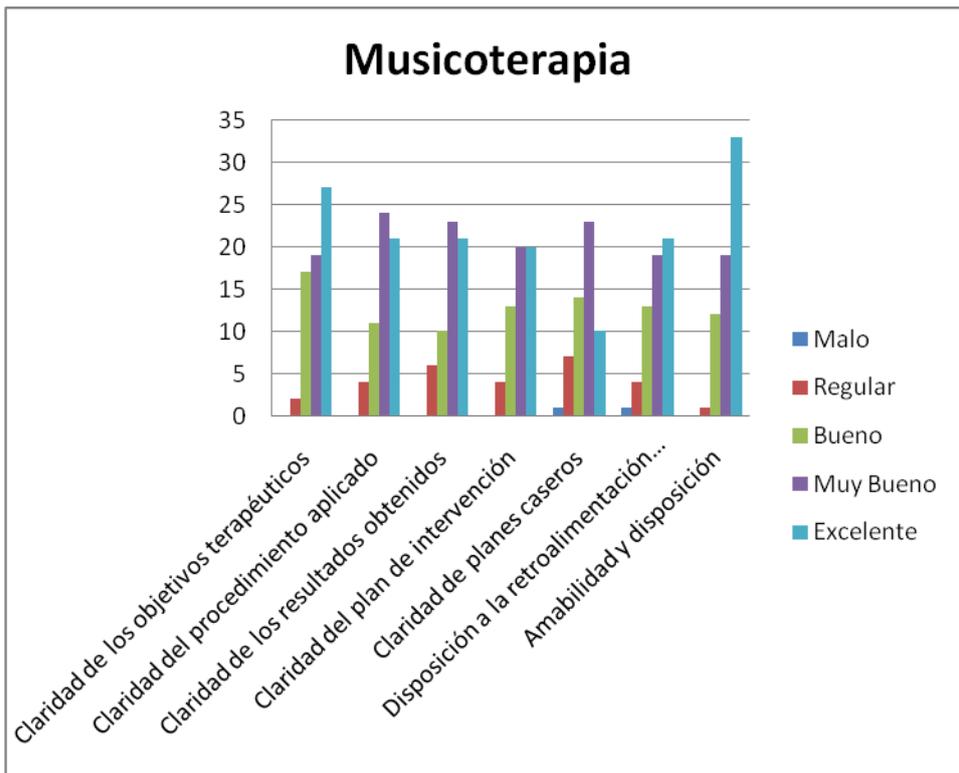


Figura 9. Resultados encuesta área de Musicoterapia.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

Por último, la encuesta finaliza con una tercera parte, en donde se indaga acerca de la conformidad general frente al servicio, manejando la misma calificación que en las 2 partes anteriores. Se encuentra que la mayoría de las personas califican como bueno y muy bueno el servicio general de la institución (ver figura 10).



Figura 10. Conformidad con el Servicio.

Fuente: Encuesta de satisfacción al cliente Instituto Emmanuel

Procesado: Equipo de trabajo

Resultados de la evaluación de la gestión de los seis comités de apoyo

En la evaluación a la gestión de los comités de apoyo se evidenció que de los seis comités establecidos dentro del PAMEC (Comité científico; Comité de Calidad; Comité de Historias Clínicas; Comité Paritario de Salud Ocupacional; Comité de Trabajo de Desarrollo de Proyectos de Investigación y Comité de Control Interno) solamente existen los siguientes:

- El Comité de Historias Clínicas tiene como funciones: 1) realización de los protocolos de elaboración; 2) custodia de las historias clínicas; y 3) auditoría constante a las historias clínicas.

En relación con las dos primeras funciones se encuentra que el comité ha desarrollado una revisión documental de la legislación existente para la custodia y archivo de las historias clínicas, sin embargo, no existe un protocolo propio para la institución.

Frente a la tercera función, según los informes de gestión se evidencia que no se ha realizado debido a que las historias clínicas aún no se encuentran completas y la labor del comité ha estado encaminada a completar dichas historias más que a auditar. No se encuentra evidencia de cronogramas de trabajo, lo cual muestra la dificultad de organización de este comité.

- El Comité de Salud Ocupacional cumple con las funciones propias del COPASO que son velar por la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de salud ocupacional (medicina, higiene, medio ambiente laboral y seguridad industrial) dentro de la empresa, minimizando los riesgos profesionales.
- El Comité Técnico – Científico tiene como función la evaluación de los procesos de intervención de los usuarios, la aprobación de guías y protocolos que se aplican dentro de la institución, el seguimiento a las estadísticas de las patologías manejadas en la institución y en general la responsabilidad de dar solución a las dificultades presentes dentro del proceso de atención a la población. Se encuentra que este comité cuenta con un cronograma de trabajo en el que se establecen actividades encaminadas a organizar los procesos asistenciales; sin embargo, no se evidencia el cumplimiento de estas actividades y por el contrario se encuentran actividades que no estaban dentro del cronograma y que responden a necesidades inmediatas del servicio.

El Comité de Calidad, el Comité de Trabajo de Desarrollo de proyectos de Investigación y el Comité de Control Interno no se encuentran establecidos dentro de la institución y no existe ningún reporte sobre su creación.

Discusión

El PAMEC es la forma en que la IPS implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben cada uno de los usuarios y que responde a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa, teniendo en cuenta pasos como una autoevaluación diagnóstica de la institución, una priorización a los procesos a mejorar, un plan de mejoramiento el cual debe contener un cronograma de actividades, una asignación de responsabilidades, un modelo de seguimiento, un esquema ejecución y control; y que debe ser un esquema dinámico, continuo en el tiempo en el que se garantice el seguimiento, evaluación y retroalimentación.

Emmanuel Instituto de Rehabilitación y Habilitación Infantil S.A.S diseña el PAMEC y empieza la implementación en el año 2009. Para efectos de esta investigación se tomaron los periodos comprendidos entre el año 2009 y 2011 con el fin de conocer los alcances de dicho programa. Durante el desarrollo de esta investigación se encontró que la institución no contempló adecuadamente lo requerido para la creación del PAMEC debido a:

Dentro de las fases de planeación del PAMEC se encuentra la autoevaluación en la que se realiza un diagnóstico para determinar que se puede mejorar en términos de calidad en la entidad y de esta forma priorizar los procesos a intervenir. Para ello se debe tener en cuenta los aspectos normativos, las prioridades de la institución, los límites y los indicadores de gestión de la institución. Todo ello con el fin de fomentar y afianzar las acciones correctivas y preventivas. Esta autoevaluación debe ser liderada por la

gerencia y el equipo directivo, utilizando como fuentes de información toda aquella generada por las condiciones propias del servicio y sus actores, con el fin de realizar siempre un seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicio prestado por la institución.

Luego del proceso de autoevaluación se continúa con la selección de procesos a mejorar y la priorización de los procesos, dicha priorización se realiza teniendo en cuenta la intensidad, frecuencia, gravedad e impacto que puede ocasionar la presencia de un riesgo dentro del servicio y que pueda afectar considerablemente el servicio, así mismo se define la calidad esperada para la institución, estableciendo de esta forma la meta a la que se quiere llegar con la implementación del PAMEC.

En Emmanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil se encontró que las fases de autoevaluación diagnóstica y priorización no se realizaron, observándose desde el inicio dificultades en el planteamiento del PAMEC y que se reflejan en la determinación de acciones realizadas puesto que no se logra establecer y dar la importancia a cada uno de los procesos dentro de la institución, así mismo la no participación de los actores involucrados directamente con la prestación del servicio, impide un análisis más detallado acerca de las necesidades identificadas en cada una de las dimensiones de calidad para el servicio.

De igual manera, el no contar con la autoevaluación y priorización dificulta definir estándares de calidad esperada en cada uno de los procesos y generar estrategias de seguimiento que permitan establecer acciones de mejora continua de cada uno de los procesos.

Es evidente que en los resultados encontrados en este estudio se demuestra que desde el principio no existió una etapa de diseño y planeación del PAMEC que permitiera ir en busca de la calidad esperada, siendo esta la forma como se espera que se realicen cada uno de los procesos de atención, dificultando la satisfacción de los usuarios. Esta falencia se ve reflejada en la falta de lineamientos que permitan establecer procedimientos para cada uno de los procesos asistenciales y de apoyo que se ejecutan en la institución.

Igualmente la ausencia de registros que permitan la evaluación continua del funcionamiento de los procesos no permite una retroalimentación que conlleven a planes de mejoramiento en busca de la calidad.

Sin embargo, es de resaltar que la institución dentro de sus planteamientos contó con la calidad como parte de sus políticas y generó, a través del PAMEC, algunas estrategias que le permitieron dar respuesta a las necesidades que en su momento consideraron prioritarias. Aunque han existido fallas en la planeación de éste, se buscó iniciar un proceso de evaluación del servicio y que les aportara a la consecución de la calidad. Si bien no se puede decir que este mecanismo funcionó en su totalidad, si se puede decir que dentro del último año buscaron alternativas que les permitieran alcanzar los objetivos como la creación de procedimientos y registros, así como la autoevaluación y la integración del personal en la misma.

El hecho de que la Institución buscara desde sus inicios la calidad en sus servicios sin haber constituido primero los procesos y procedimientos, generaron que no se conocieran a ciencia cierta las falencias y no pudieran establecer una prospectiva de lo que serían en sí los servicios, lo cual hizo crear un PAMEC sin suficiente sustento, conocimiento o experticia en el área,

lo que no permitió que el abordaje fuera amplio y que se tuviesen en cuenta todas las variables que podían interferir en los procesos asistenciales y de apoyo.

Se puede concluir que la Institución diseñó e implementó un PAMEC con poco conocimiento de sus necesidades debido a que nació junto con la empresa, por tanto si se hubiese dado un tiempo prudente entre el funcionamiento como tal de la institución y la creación del PAMEC, se hubieran podido llevar a cabo cada uno de los pasos que tiene establecido el PAMEC (autoevaluación, el diagnóstico y la priorización) que hubieran permitido un mayor nivel de asertividad en la planeación. Sin embargo, la Institución a través de la práctica diaria ha generado acciones en el último periodo lo cual ha llevado a la mejora de los servicios y que más adelante puede llevar a la creación de un nuevo PAMEC con mayor sustento y basado en la realidad.

Es de anotar que durante el transcurso de la ejecución de este proyecto se detectaron inconsistencias que fueron descritas anteriormente, convirtiéndose en una etapa muy enriquecedora no solamente para el equipo de investigadoras como parte de la empresa sino como tal para la Institución ya que se generaron estrategias que actualmente se están cumpliendo lo que conlleva día a día a mejorar cada uno de los procesos en busca de la calidad del servicio para la satisfacción del cliente.

Referencias

Ministerio de Protección Social (2006). *Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Protección Social (2007). *Guías Básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud (1999). *Resolución 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. Bogotá, Colombia.

Secretaría de Salud de Bogotá (2009). *Auditoría en servicios de salud*. Recuperado el 20 de Agosto de 2011, de <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>

Anexo A

LISTA DE CHEQUEO



Documentos Historias clínicas

	SI	Firma
Historia Clínica		
Foto		
Consentimiento informado		
Identificación		
EPS		
Remisión		
Valoración integral		
Paraclínicos		
Plan de Intervención		
Ultimo Informe		

Anexo C

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO



Su opinión es muy importante para nosotros y nos ayuda a mejorar, marque por favor todos los ítems con la mayor objetividad y sinceridad, siguiendo las instrucciones de cada tipo de pregunta.

NOMBRE:	PACIENTE:
FECHA:	EPS:

1. Esta primera evaluación corresponde a la percepción general de la organización y sus procesos. Por favor califique en Escala de 1 al 5 según corresponda, siendo:

1 MALO 2 REGULAR 3 BUENO 4 MUY BUENO 5 EXCELENTE

ASPECTO A EVALUAR	1	2	3	4	5
La Cordialidad en el trato con los usuarios es					
La presentación del personal de EMANUEL IPS es					
La Información expuesta acerca de los servicios ofrecidos fue					
La distribución y presentación de la institución y sus instalaciones es					
Las condiciones de asepsia de las instalaciones es					
El traslado de pacientes generalmente es					
La Disposición para escuchar necesidades y resolver sus inquietudes es					
El tiempo de respuesta a sus inquietudes fue					
El tipo de respuestas a sus inquietudes generalmente es					

Queja / Reclamo

Sugerencia

Felicitación

2. Áreas: La siguiente, es la valoración de las áreas, usted debe calificar cada ítem según la valoración numérica anterior siendo, **1 MALO 2 REGULAR 3 BUENO 4 MUY BUENO 5 EXCELENTE** y teniendo en cuenta la siguiente convención:

PS: PSICOLOGÍA **TO:** TERAPIA OCUPACIONAL **TF:** TERAPIA FÍSICA **RT:** RUTAS
FO: FONOAUDIOLOGIA **PF:** PSICOLOGIA FAMILIAR **MU:** MÚSICA

EN: ENFERMERIA

ASPECTO A EVALUAR	PS	TO	TF	FO	PF	MU	EN	RT
Claridad de los objetivos terapéuticos								
Claridad del procedimiento aplicado								
Claridad de los resultados obtenidos								
Claridad del plan de intervención								
Claridad de planes caseros								
Disposición a la retroalimentación (Solución de Dudas/Inquietudes)								
Amabilidad y disposición								

Queja / Reclamo Sugerencia Felicitación

Conformidad general con el servicio ofrecido	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!