

**EVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION Y DESARROLLO DEL
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC
EN LA IPS IRYEC FISIOTERAPIST EN CHIA CUNDINAMARCA**



AUTORES

ANGELA YISSET GONZALEZ TENJICA

KELLY JOHANA MARTINEZ GÓMEZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
MARZO DE 2021**

**EVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION Y DESARROLLO DEL
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC
EN LA IPS IRYEC FISIOTERAPIST EN CHIA CUNDINAMARCA**



AUTORES

**ANGELA YISSET GONZALEZ TENJICA
KELLY JOHANA MARTINEZ GÓMEZ**

DOCENTE ASESOR

MARY LUZ BARRERA ORDÚZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C
MARZO DE 2021**

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
1. Descripción General Del Proyecto	8
1.1. Problema de Investigación	8
1.2. Objetivos	10
1.2.1. Objetivos Generales	10
1.2.2. Objetivos Específicos.....	10
1.3. Justificación	11
2. Marco de referencia	13
2.1. Marco Teórico	13
2.2. Marco Conceptual	18
3. Marco Metodológico.....	22
3.1. Tipo de Estudio	23
3.2. Población	23
3.3. Procedimientos	24
Tabla No. 1 Cronograma de Trabajo del Proyecto	¡Error! Marcador no definido.
3.4. Técnicas para la recolección de la información	26
3.5. Técnicas para el análisis de la información	26
3.6. Consideraciones Éticas.....	27
4. Análisis de resultados	29
Tabla No. 2 Autoevaluación y Seguimiento PAMEC.	37
Tabla No. 3. Resultados aplicación de Autoevaluación.....	38
Discusión y Conclusiones	41
Conclusiones	42
Recomendaciones	42
Referencias.....	44
Anexos.....	49

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Cronograma de Trabajo del Proyecto	25
Tabla No. 2 Autoevaluación y Seguimiento PAMEC.	36
Tabla No. 3. Resultados aplicación de Autoevaluación.	37

INDICE DE GRAFICOS

Gráfica No. 1 Nivel de cumplimiento estándar de Talento Humano.	29
Gráfica No. 2 Nivel de cumplimiento estándar de Infraestructura.....	31
Gráfica No. 3 Nivel de cumplimiento estándar de Dotación.....	32
Gráfica No. 4 Nivel de cumplimiento Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	33
Gráfica No. 5 Nivel de cumplimiento estándar de Procesos prioritarios	34
Gráfica No. 6 Nivel de cumplimiento estándar de Historia Clínica y Registros	35
Gráfica No. 7 nivel de cumplimiento estándar de Interdependencia.....	36
Gráfica No. 8 Promedio de los Resultados de Autoevaluación	39

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Autorización para el desarrollo del trabajo	49
Anexo 2 Instrumento de Verificación de Condiciones de Habilitación	50
Anexo 3 Instrumento de Autoevaluación para PAMEC	51
Anexo 4 Documento Final PAMEC IPS IRYEC Fisioterapist S.A.S.....	52

Introducción

La resolución 3100 de 2019, es la normatividad que establece los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, esto la hace la herramienta básica para la evaluación de estándares de habilitación de todas las entidades que prestan servicios de salud. Y la que en efecto se usó para desarrollar la primera etapa del presente trabajo, donde a partir de la norma se diseñó un instrumento con el que posteriormente se verificaron los estándares de habilitación que le competen a la entidad que nos permitió desarrollar nuestra investigación.

Seguido de verificar el proceso de habilitación de la IPS se procedió con El programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, el cual se convierte en una estrategia del sistema obligatorio de la Garantía de la Calidad, contemplado en el decreto 1011 de 2006 que permite mantener una continua evaluación y mejoramiento de la calidad que se espera tener de un servicio de salud.

A través del PAMEC toda institución de salud puede identificar las posibles oportunidades de mejora que se presenten en los servicios ofrecidos, por medio de la auditoria. Para este proceso existe una serie de guías establecidas por el ministerio de protección social de Colombia que buscan ayudar a las instituciones a desarrollar el PAMEC como herramienta de evaluación interna, en donde se determinan las pautas a evaluar, los parámetros para priorizar y las posibles oportunidades de mejora. Se estableció un proceso completo para el desarrollo del PAMEC de una manera clara y concisa, se plantearon las herramientas e instrumentos necesarios para encontrar los puntos clave a mejorar en la atención basados en fortalecer los procesos de inducción y reinducción. capacitación del recurso humano, sistemas de información fortaleciendo la evaluación en la satisfacción global de usuarios frente a los servicios prestados por la IPS.

1. Descripción General Del Proyecto

1.1. Problema de Investigación

El problema surge primero, de la necesidad de contar con un instrumento y una metodología para identificar las oportunidades de mejora en el cumplimiento de los requisitos de habilitación y de mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta la resolución 3100 de 2019 y segundo y dar a conocer el estado actual de estos requisitos. En este sentido, se propone en este trabajo realizar un diagnóstico del estado actual de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST SAS del municipio de chía Cundinamarca; verificando el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación, para proponer una serie de sugerencias que le permitan a la IPS cumplir con condiciones de habilitación establecidas en la resolución 3100 de 2019, realizar una autoevaluación que permita llevar acabo la formulación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

Los hospitales, clínicas o instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), dentro de sus responsabilidades y compromisos se encuentran entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar el SGCS comprende el Sistema Único de Habilitación (SUH) el cual establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico-administrativa, indispensables para entrar y permanecer en el sistema de salud; con ello se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud y al decreto 1011 de 2006 que establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente en lo que tiene que ver con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Artículos 3, 32, 35 y 39.

Sin embargo es importante mencionar que según la resolución 3100 de 2019 en el capítulo I artículo 4 se menciona “ todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud REPS y registrando como mínimo una sede y por lo menos un servicio habilitado” para lo cual se garantiza esta condición para el desarrollo de la propuesta y que se requiere mantener sus condiciones de habilitación a lo largo del tiempo evitando reprocesos, brechas o que se disminuya la calidad en la prestación de los servicios de salud y por ende a lo largo del tiempo se pueda tener como resultado la insatisfacción de los clientes o medidas de origen sancionatorio por lo entes de inspección vigilancia y control al no contar con planes de mejora en corto plazo de las falencias encontradas en la aplicación de los instrumentos de la verificación de las condiciones mínimas de habilitación.

Por lo antes planteado se define como problema de investigación **¿Cuál es el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación y autoevaluación del programa de auditoria, para el mejoramiento continuo de la atención en salud (PAMEC) de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST en Chía Cundinamarca durante el primer trimestre del año 2021?**

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Evaluar las condiciones del Sistema Único de Habilitación y formular el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de todos los servicios de La IPS IRYEC FISIOTERAPIST SAS de Chía Cundinamarca.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019.
- Generar un informe de los hallazgos encontrados durante la evaluación de las condiciones de habilitación en los servicios de la institución.
- Proporcionar una herramienta de autoevaluación y formular el programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC.
- Permitir que la IPS cuente con un programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad actualizado a 2021.

1.3. Justificación

La presente investigación se encuentra dentro del siguiente marco legal: constitución política de Colombia de 1991 quien declara el derecho fundamental a la salud y a la prestación de los servicios de salud de manera universal a la población Colombiana, la ley 100 de 1993 pone a disposición la Seguridad Social Integral normas y procedimientos, para garantizar la cobertura integral a la seguridad social de la población y la prestación de los servicios de salud con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Posteriormente el Decreto 2309 de 2002, define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se empieza a definir los componentes del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en la atención en salud que incluye la habilitación de los servicios de salud y la auditoria, se actualiza la normatividad con el Decreto 1011 de 2006 y posteriormente reglamenta específicamente con la resolución 2003 de 2014 que emite los estándares de habilitación de una manera más general y que permite evaluar de acuerdo a los determinantes propios de cada institución y de auditor mientras que en la resolución 3100 es muy específica por lo que se hace indispensable garantizar que la IPS cumpla con dichos estándares y garantice la prestación de los servicios de salud de manera sincrónica, constante, integral, actualizada a lo largo del tiempo.

La Habilidad es indiscutiblemente uno de los procesos más importantes de una entidad de Salud que lleva a la misma hacia la obtención tanto de la autorización de la prestación de los servicios como también de niveles altos de prestación y desarrollo de los mismos , donde todos los factores son importantes; exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establecer planes de acción con seguimiento y medición. Crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas-efectos de las desviaciones en los resultados esperados.

La IPS Iryec Fisioterpist S.A.S, ubicada en Chía Cundinamarca no cuenta con una estrategia que le permita controlar, monitorear y mantener las condiciones de habilitación, teniendo en cuenta la normatividad vigente y de igual manera se busca contar con una herramienta que le permita a la IPS estar preparado para una visita de cualquier ente de inspección, vigilancia y control, así como velar en forma juiciosa y continúa por la prestación de un servicio con calidad y que el mecanismo sea sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

La IPS Iryec Fisioterpist S.A.S de Chía (Cundinamarca), debe dar cumplimiento no sólo, a lo establecido en el resolución 3100 de 2019 donde queda definido El sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), sino también al resto de sus componentes como son: Sistema Único de Habilidadación, Sistema de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistemas de Información, cuyos objetivos son proveer o brindar servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional optimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dicho usuario, y además garantizar y monitorizar el cumplimiento de los atributos de calidad como son: oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad, con miras a proteger, defender y dar seguridad a la vida y la salud de los usuarios brindando servicios con calidad, por lo anterior es indispensable que se lleve a cabo con los resultados de la evaluación de los estándares y la autoevaluación el programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad.

2. Marco de referencia

2.1. Marco Teórico

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándolos de manera responsable y creativa a su institución. Calidad es un concepto difícil de definir, que ha ido variando con los años, pero sin duda su definición ha estado marcado por la evolución de la misma. A partir de simples conceptos como: a) Lograr productos y servicios con cero defectos, b) Hacer bien las cosas desde la primera vez, c) Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total, d) Producir un artículo o un servicio de acuerdo a las normas establecidas, y e) Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes, la evolución de la calidad ha atravesado tres etapas fundamentales a saber: El Control de Calidad: la realización de inspecciones y ensayos para comprobar si una determinada materia prima, un semi-elaborado o un producto terminado, cumple con las especificaciones establecidas previamente. Se trata, sin duda, de una concepción poco competitiva de la Gestión de la Calidad, ya que las inspecciones o ensayos tienen lugar "a posteriori", cuando la materia prima se ha recibido, cuando un proceso productivo ha concluido o cuando el producto final está terminado. El Aseguramiento de la Calidad: En esta etapa se asume que es más rentable prevenir los fallos de calidad que corregirlos o lamentarlos, y se incorpora el concepto de la "prevención" a la Gestión de la Calidad, que se desarrolla sobre esta nueva idea en las empresas industriales, bajo la denominación de Aseguramiento de la Calidad. La Calidad Total: que en palabras de Ishikawa es “una filosofía, una cultura, una estrategia, un estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma estudian,

practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad, no posee unos perfiles definidos que permitan acotarla. De aquí que la Calidad Total sea entendida y aplicada de muy diferentes formas en distintas empresas y por diferentes asesores especializados”.

Es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se han convertido en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Si Bien la verificación de las condiciones de Habilitación parece una actividad cotidiana, detrás de ella se esconde mucho trabajo tanto por parte de las IPS que deben implementara como de los entes de control que la regulan.

Realizando revisión de la literatura se encontró que en el año 2014 K. Baldovino Estudiante de la Universidad Mariana de Pasto, desarrollo un trabajo Titulado Verificación del cumplimiento de condiciones de habitación en la unidad renal CEDIT LTDA en la ciudad de San Juan de Pasto. Se realizó un estudio con un enfoque mixto, de tipo observacional, descriptivo y transversal mediante el cual fue posible identificar la implementación de los nuevos estándares y criterios de la resolución 2003 de 2014, en los distintos procesos y servicios habilitados en la IPS como: Consulta Externa de Medicina Especializada (Nefrología), Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal; así como la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación frente a lo observado en cada uno de los servicios, mediante herramientas que permitieron la realización de una verificación interna a fin de garantizar la calidad en la atención de forma eficiente, eficaz y segura y que permitieron establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente. El balance de dicho trabajo fue bastante positivo ya que se encontró un cumplimiento del 90% en todos los estándares evaluados.

En junio de 2017 Estudiantes de posgrado de la universidad del Área andina realizaron verificación al nivel de cumplimiento de los estándares de calidad en atención domiciliaria a pacientes crónicos de la IPS Salud Integral Vital Vida, localizada en la ciudad de Cartago, Valle, después de aplicar instrumento de verificación diseñado por ellos mismo concluyeron que la IPS no contaba con protocolos de nutrición parenteral ni disponibilidad de profesional en nutrición, adicional no contaba con guías, manuales y protocolos actualizados y socializados a la fecha de la revisión.

Adicional encontraron que La institución cumple a cabalidad con dos de los siete estándares de calidad, incumple en cuatro y uno de estos no aplica y para finalizar presentaron la propuesta del plan de mejora.

En Bogotá en el año 2018 C. Velásquez, estudiante de la universidad Cooperativa de Colombia desarrollo un estudio titulado Verificación De Los Estándares De Habilitación En El Servicio de toma De Muestras Del Laboratorio Clínico De La Unidad De Servicios De Salud Victoria Sub Red Centro Oriente. De Dicho trabajo se concluyó que una vez verificados los siete Estándares de Habilitación basados en la Resolución 2003/2014, se identificó un cumplimiento en seis de los siete estándares de habilitación, siendo el estándar de Historia Clínica y Registro el único con un hallazgo de no cumplimiento, ya que no cuenta con el formato de consentimiento informado con respecto a lo establecido en la normatividad vigente.

En el año 2018 F. Correa estudiante de posgrado de la Universidad de Santander realizó la Verificación de condiciones de cumplimiento de habilitación a una IPS de mediana complejidad del Municipio de Bucaramanga en los servicios de: Urgencias, Hospitalización y Cirugía en el periodo comprendido de abril a junio del año 2018 Encontrando incumplimientos importantes en los estándares de habilitación establecidos como obligatorios por la resolución 2003 de 2014.

En el año 2018 E. Charry y colaboradores, estudiantes de posgrado de la universidad Sergio Arboleda realizaron la Verificación De Estándares De Habilitación Y Propuesta De Plan De Mejora En Un Establecimiento De Salud De Sanidad Militar, se identificaron

las brechas en las condiciones Técnico Científicas frente a la normatividad vigente; y se concluye que debe enfocar todos sus esfuerzos para realizar los ajustes pertinentes y necesarios en cada servicio y concluyó además que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben mantener mediante el proceso de autoevaluación y auditoría interna una adecuada prestación de servicios a los pacientes, bajo los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

En octubre del 2018 L. Mantilla y colaboradores, estudiantes de la universidad cooperativa de Colombia desarrollaron un trabajo titulado Cumplimiento de los estándares de habilitación en condiciones de salud del servicio de Urgencias en Unidad de Servicios de Salud Victoria, en el cual utilizaron como instrumento una lista de chequeo para hacer la verificación de la cual encontraron que de los estándares que hacen parte del sistema obligatorio de garantía de calidad , de la atención en salud que fueron verificados en el servicio de Urgencias Adultos de la Unidad de Servicio de Salud Victoria , se encontró que el prestador cumple con dos de los estándares verificados e incumple con 5 de ellos , de acuerdo a la resolución 2003 del 2014, los investigadores hacen entrega informa en la institución de salud , para sus respectivos planes de mejoramiento .

En el segundo semestre del año 2018 A. Bravo, estudiante de la universidad cooperativa, realiza visita a la Institución Prestadora de Servicio de Salud IPS Cooperativa, donde se evalúa mediante la aplicación del instrumento lista de chequeo, guías de práctica clínica, manuales y protocolos (verificar estándares mínimos de habilitación) de la Resolución 2003 del 2014, al servicio Enfermería, Medicina General, Odontología de dicha institución, del cual evidenciaron hallazgos importantes principalmente en los estándares de Talento humano, infraestructura y procesos prioritarios, por lo que el investigador generó un plan de mejoramiento para implementar en la IPS.

En el mismo año L. Amaya y colaboradores, generaron un trabajo titulado evaluación y diagnóstico del sistema de habilitación para la prestación de servicios de atención en

salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, donde realizaron dicha evaluación y diagnóstico a través de la Matriz FODA, Matriz 5W + 2H, Matriz de priorización de Holmes y Cronograma Microsoft Project. Y Concluyeron principalmente que Se generó una planeación estratégica a partir de una priorización de estrategias, en la cual se debe iniciar con la adecuación de la infraestructura respecto a la unidad sanitaria para personas con discapacidad, seguido por definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los estándares exigidos por norma.

A principios del año 2020 L. Alzate y colaboradores, estudiantes de posgrado de la universidad cooperativa realizaron la verificación de condiciones de habilitación del cuerpo de bomberos de Girardota teniendo en cuenta la resolución 3100 de 2019, de dicha verificación se aplicó a los servicios de Transporte Asistencial Básico y Atención Prehospitalaria, teniendo en cuenta cada uno de los 7 estándares de habilitación, allí concluyeron principalmente que inicialmente no se ha realizado actualización de los documento y algunos requerimientos de los servicios a la normatividad vigente, hace falta socializar la documentación con el personal y por último se recomienda la creación de los respectivos comités del sistema de calidad, de los cuales no se evidenció reuniones ni actas.

Al finalizar las estudiantes elaboraron una lista de recomendaciones generadas a partir de la verificación por servicio con el fin de realizar las respectivas intervenciones.

En Julio del 2020 E. Sandra y colaboradores estudiantes de posgrado de la universidad Cooperativa de Colombia desarrollaron un trabajo titulado: Informe de verificación de las condiciones del sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud E.S.E hospital Santa Margarita del municipio de Copacabana- Antioquia, donde Primero, se llevó a cabo una revisión sistemática y detallada de las regulaciones actuales (Resolución No. 2003 de 2014), luego se determinaron las herramientas para verificar las condiciones mínimas del sistema único de habilitación de calidad en la prestación de los servicios de salud. Después de estudiar las regulaciones, se verifico y selecciono la

lista de servicios de acuerdo con el estándar de asignación de servicios de acuerdo con la ocupación del estudiante a cargo resumiendo la información de la lista, de allí se logra determinar incumplimientos en todos los estándares de habilitación.

Como se puede evidenciar con la revisión de la literatura es posible concluir que el común denominador en las IPS son los incumplimientos al sistema de habilitación, sean grandes o pequeños los mismos en todos los trabajos evidenciaron algunas faltas lo que lleva a concluir que hace falta continuidad, compromiso y disciplina en la gestión de la calidad en las IPS.

2.2. Marco Conceptual

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

Autocontrol: que establece que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización”.

Auditoría Interna: es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita.

Auditoría Externa: es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Calidad de la Atención de Salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un

nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Ciclo PHVA: El ciclo PHVA es una herramienta que ayuda a fortalecer la relación Sistema de Auditoría y los procesos de una institución con un resultado de mejora continua. Por medio de este ciclo se monitorean y corrigen los procesos de planeación para mejoras de una manera efectiva y permanente en la que se planea, se toman acciones, se verifican si los resultados obtenidos son los esperados, se actúa sobre dichos resultados corrigiendo las desviaciones del estándar, se aprende y se reinicia el proceso; tal es el caso del PAMEC.

- ✓ **Planear:** Allí se definen las metas y los métodos para alcanzarlas
- ✓ **Hacer:** Ejecutar las tareas y recoger los datos, después de haber realizado un proceso de formación, educación y entrenamiento.
- ✓ **Verificar:** Es la evaluación de los resultados de las tareas ejecutadas, identificación de los problemas que originan el no-cumplimiento de las tareas.
- ✓ **Actuar:** Consiste en tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.

Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones de riesgos para los pacientes o usuarios, a través de monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

Hallazgos de la Auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Indicadores: Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo.

Indicador de Calidad: Permite asegurar que los productos y servicios alcancen los estándares de calidad previamente definidos.

Mejora de la Calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.

Mejora Continua: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Mejoramiento continuo de la Calidad (MCC): Comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

Oportunidades de Mejoramiento: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.

Plan de Auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

Programa de Auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Proceso: Un proceso se define como un conjunto de actividades enlazadas entre sí, que partiendo de una o más entradas las transforman, generando un resultado, un producto o un servicio para satisfacer una necesidad.

PAMEC: se define como un documento importante para la institución ya que tiene implicaciones de mejoramiento continuo de los procesos directamente relacionados con la atención del usuario.

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

Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Sistema de información para la calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Marco Metodológico

Se realizó un acercamiento por parte de las estudiantes a sede de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST ubicada en Chía – Cundinamarca, para realizar la visita de Verificación de cumplimiento de los siete Estándares de Habilitación por parte de los estudiantes a los servicios de: Terapia física, terapia respiratoria, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, atención al paciente crónico sin ventilador y salud ocupacional, habilitados y actualmente vigentes en el REPS.

La visita se llevó cabo en el mes de enero del 2021, realizando acta de apertura a las 8:00 am y finalizando a las 3:00 pm con el acta de cierre, durante la visita de verificación se realizó una revisión documental basándonos en la Resolución 3100/2019 posteriormente se formuló el inicio del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC a la luz del decreto 1011 de 2006.

Una vez realizada la visita se consolidó la información obtenida por parte de los estudiantes, con lo cual se genera el documento final PAMEC , una serie de sugerencias con el propósito de mantener las condiciones de habilitación de la IPS y un artículo científico escrito por los autores y ejecutores del trabajo. Todo lo mencionado será enviado y socializado a la Institución, al finalizar la sustentación del mismo.

En la consecución de los objetivos planteados en el presente trabajo es importante resaltar cómo el proceso para alcanzar dichos objetivos, por lo tanto, se hace necesario describir que el trabajo consta de SEIS fases:

- Revisión bibliográfica con respecto a requisitos mínimos de habilitación y auditoria según el Decreto 1011 de 2006 y posteriormente reglamentada específicamente con la resolución 3100 de 2019.

- Diseño del instrumento para la evaluación del cumplimiento de estándares de habilitación.
- Aplicación del instrumento de evaluación de condiciones del sistema único de habilitación en la IPS
- Consolidación de los resultados obtenidos a partir de la auditoría realizada y la autoevaluación.
- Priorización de los resultados el cual será por medio de la tabla de semaforización elaboradas por las estudiantes.
- Con base a la priorización desarrollar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.
- Construcción de informe final y artículo científico
- Socialización de los hallazgos y plan de mejoramiento al área de calidad de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST SAS.

3.1. Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo, Cualitativo, descriptivo y documental.

3.2. Población

Funcionarios y contratistas de la IPS. Siete Estándares de la resolución 3100 del 2019.

- Criterios de inclusión

1. Ser trabajador de la IPS.
2. Tener relación con los estándares a evaluar.
3. Aceptación de participación en la investigación.
4. Consentimiento Institucional otorgado por la alta gerencia.
5. Los estándares necesarios para la habilitación de la institución.
6. Aprobación documento Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)

- Criterios de exclusión

En este trabajo no se contempla criterios de exclusión

3.3. Procedimientos

Tabla No. 1 Cronograma de Trabajo del Proyecto

CRONOGRAMA DE TRABAJO																																								
AÑO 2020 - 2021																																								
ACTIVIDADES																																								
MESES	JULIO				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR				ABR			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Conformación de grupo	■																																							
Revisión de la literaturas		■	■																																					
Selección del Tema de Investigación			■																																					
Busqueda y selección de Bibliografía				■																																				
Planteamiento del Titulo de Investigación					■																																			
Elaboración de la Propuesta de Investigación						■																																		
Elaboración de los Antecedentes de la investigación							■																																	
Planteamiento de la justificación de la Investigación								■																																
Redacción del problema de Investigación									■																															
Planteamiento de Objetivos, general y específicos										■																														
Presentación del Marco o diseño Mitológico											■																													
Diseño de instrumento de verificación de condiciones de habilitación												■																												

CRONOGRAMA DE TRABAJO																																								
AÑO 2020 - 2021																																								
ACTIVIDADES																																								
MESES	JULIO				AGO				SEP				OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR				ABR			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño de instrumento de Autoevaluación Pamec																																								
Entrega definitiva de propuestas de investigación																																								
Revisión y concepto del Grupo de Investigación																																								
Reporte del comité investigación, innovación y creación frente a los proyectos particulares																																								
Trabajo de Campo, Verificación y recolección de datos.																																								
Socialización de resultados con la gerencia de la IPS																																								
Jornada de socialización de avances proyectos particulares - coinvestigadores																																								
Construcción de artículo científico.																																								
Entrega informe final, RAI y Artículo de Investigación al investigador principal - Asesor																																								

3.6. Consideraciones Éticas

Detalle las implicaciones éticas de la propuesta a la luz de la normatividad nacional e internacional que corresponda a su naturaleza.

Declare según el Artículo 11 de la Res. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, la clasificación de la investigación según las categorías a. Investigación Sin Riesgo/ b. Investigación con riesgo Mínimo/ c. Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

Teniendo en cuenta el Decreto 008430 de 1993 artículo 11 , se establece que la presente investigación no representa riesgo puesto que no será aplicada para evaluar a los individuos ni en las situaciones expuestas que requiera la modificación o intervención a nivel biológico, fisiológico o psicológico, será un estudio en la cual se empleara técnicas y métodos de investigación documental; la investigación evaluará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y se realizará la propuesta del documento PAMEC de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST del Municipio de Chía Cundinamarca, para esto será aplicado bajo los estándares de la resolución 3100 de 2019; cabe resaltar que la información que se obtenga será salvaguardada y solo será utilizada para fines de investigación, siendo responsables de su confidencialidad, los resultados que se obtengan de la evaluación de los estándares será socializada al Equipo de IPS IRYEC FISIOTERAPIST, pues se pretende que esta investigación conlleve a beneficiar el sistema de gestión de Calidad y la prestación de los servicios de salud de la IPS en pro de la mejora continua beneficiando a la ,persona, familia y comunidad que son atendidos en la IPS.

Para dar inicio a la recolección de la información se tendrá como soporte la autorización por escrito por parte del gerente de esta IPS y para la recolección de la información se recibirá el acompañamiento del coordinador de Calidad de la institución.

La investigación busca producir información a partir de la verificación por parte de los estudiantes de: de procesos, documentos, manuales, protocolos Institucionales y competencias de los profesionales de la IPS.

Así mismo se garantiza en la institución:

- Confidencialidad en el manejo de la información.
- No habrá beneficios directos, sin embargo, la participación en la investigación se torna en una posibilidad de contribuir a la comprensión de las dinámicas de la habilitación en salud.
- Se adquirirá el compromiso de hacer devolución de los hallazgos a los participantes.
- Siempre se estará en constante comunicación con el responsable del programa de calidad en la institución.
- Todos los documentos revisados, evaluados se hará única y exclusivamente en las instalaciones de la institución.
- No se copiará ningún documento de la institución y se realizará su verificación bajo reserva.
- Los resultados de la investigación no serán socializados ni reportados antes de control a pesar de los hallazgos.
- No se aplicarán instrumentos a los usuarios de la IPS de ninguna índole.

4. Análisis de resultados

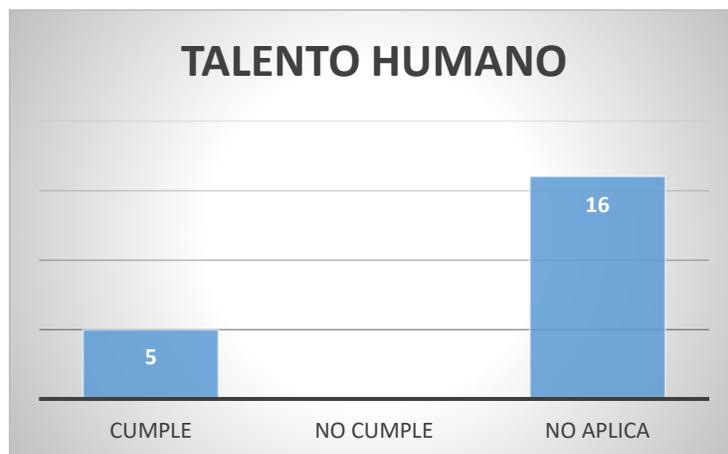
Una vez aplicado el instrumento de verificación de condiciones de habilitación, teniendo en cuenta la resolución 3100 de 2019 en la entidad, se encontraron los siguientes hallazgos, cabe resaltar que se aplico el instrumento a todos los servicios de la IPS que se encuentran registrados en el REPS (Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional, Medicina laboral y atención de Paciente Crónico sin ventilador, todos en modalidad Domiciliaria.)

- Talento humano

Se evidencio durante la visita que la IPS cuenta con el talento humano acorde a los servicios ofertados, de todos se evidencio documentación al día, hojas de vida, contrato RETHUS y demás requerimientos de la norma, adicional se verifico que el prestador contara con la cantidad necesaria de talento humano requerido de acuerdo a ca uno de los servicios ofertados y prestados en relación con oferta y demanda.

Se evidencia de igual manera que el talento humano (Medico y enfermería) del que dispone la entidad, para el servicio de atención de paciente crónico sin ventilador, modalidad domiciliaria, cuenta con el curso de Soporte Vital Básico, Actualizado.

Gráfica No. 1 Nivel de cumplimiento estándar de Talento Humano.



Fuente: Elaboración Propia

- **Infraestructura**

Debido a que el 100% de los servicios se prestan de forma domiciliaria, la entidad únicamente cuenta con el área administrativa, la cual se encuentra ubicada en el complejo empresaria OFICHIA en la ciudad e Chía – Cundinamarca, el cual cuenta con: Ascensor, Baño para discapacitados y Sala de Espera.

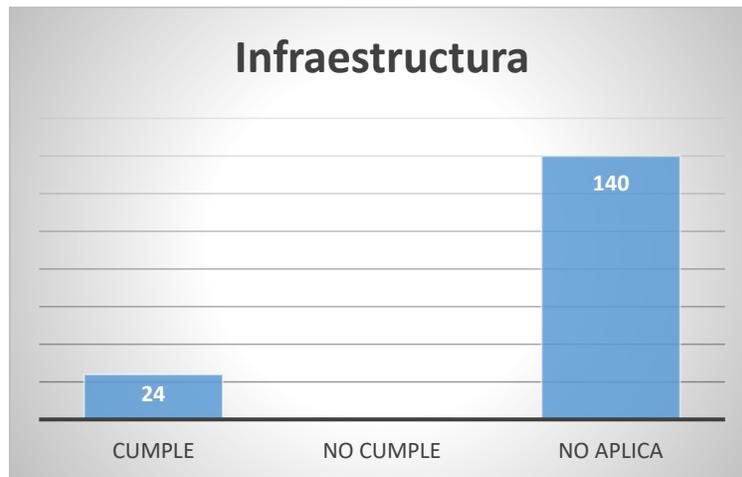
Las instalaciones administrativas cuentan con: Baño para funcionarios, áreas administrativas delimitadas, marcadas según el código de colores, área para el almacenamiento de insumos con el debido control de temperatura y humedad, área para el almacenamiento de equipos biomédicos, cuarto de aseo con poceta, área de residuos, que, si bien es compartida con otras entidades de salud, ésta cumple con lo establecido en la normatividad vigente y se encuentra rotulado debidamente.

Adicional se verifica que las instalaciones cuentan con el servicio de agua potable, energía eléctrica, redes de alcantarillado y los recibos pertinentes de cada uno de los servicios incluidos el servicio de internet y telefonía.

Se evidencio que la entidad cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.

Cabe resaltar de nuevo que debido a que la entidad presta el 100% de sus servicios en modalidad domiciliaria, existen varios criterios que no aplican para verificación, si embargo para la prestación del servicio en el domicilio del paciente se aplica en la primera visita una lista de verificación de condiciones del domicilio que incluye la revisión de; Servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y sistema de comunicación y Unidad sanitaria o baño. Los cuales son requisito indispensable para que la IPS puesta prestar sus servicios.

Gráfica No. 2 Nivel de cumplimiento estándar de Infraestructura



Fuente: Elaboración Propia

- **Dotación**

El prestador de servicios de salud cuenta con el archivo de Hojas de Vida de los equipos biomédicos las cuales evidencian el Nombre del Equipo, Marca, Modelo, Serie, Registro Sanitario, Clasificación de riesgo.

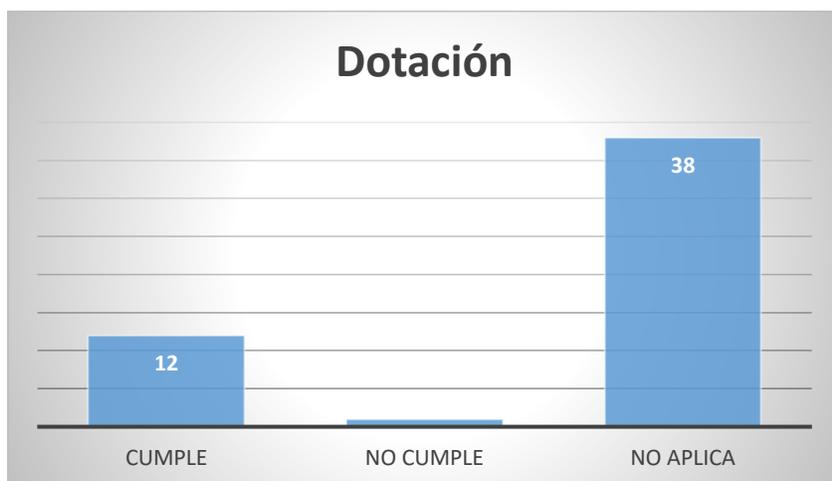
Adicional la entidad cuenta con el programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, y cronograma del mismo.

En este estándar se evidencio un incumplimiento por parte del prestador el cual no evidencia el programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran.

Se evidencia que el inventario de equipos biomédicos propios de la IPS se relaciona con la frecuencia y la periodicidad establecida por los profesionales y la contratación de prestación de los servicios de salud.

La entidad cuenta con contrato con un tercero para los mantenimientos y calibración de los equipos.

Gráfica No. 3 Nivel de cumplimiento estándar de Dotación



Fuente: Elaboración Propia

Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

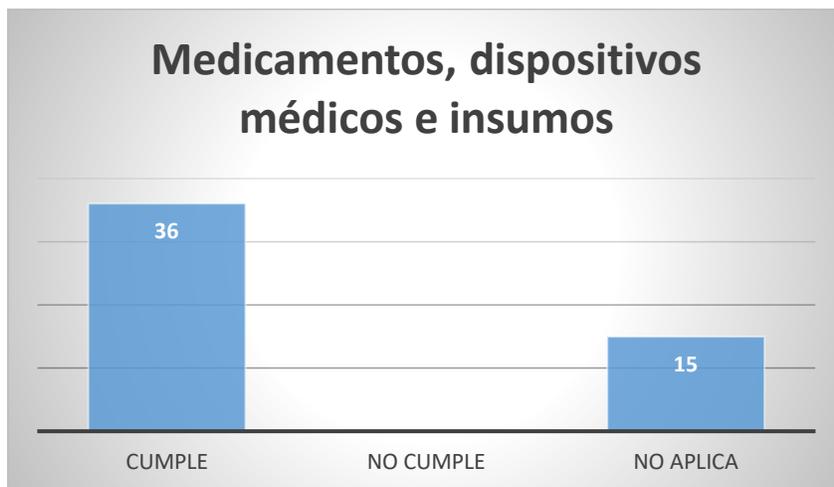
El prestador presta sus servicios de administración de medicamentos a nivel domiciliario, de acuerdo a la formulación de cada usuario, el manejo se realiza mediante la fórmula médica y solo administración de medicamentos vía oral, en el momento no cuenta con stock de medicamentos en la IPS.

Actualmente la entidad cuenta con un registro de Información de todos los medicamentos que cumple con los criterios exigidos por la resolución 3100 de 2019.

La IPS cuenta con programa de reactivovigilancia, socializado y evaluado con el personal.

La Ips cuenta con procesos de Selección, Adquisición, Transporte, Almacenamiento, Conservación, Control de fechas de vencimiento y disposición Final. Adicional la entidad cuenta con el respectivo kit de derrames.

Gráfica No. 4 Nivel de cumplimiento Medicamentos, dispositivos médicos e insumos



Fuente: Elaboración Propia

- **Procesos Prioritarios**

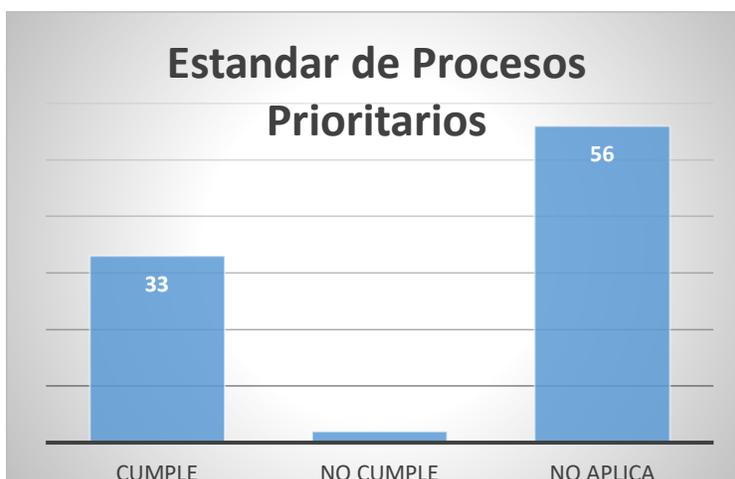
El prestador cuenta con la política de seguridad del paciente, acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y protección Social, la cual se encuentra socializada. Cuenta de igual manera con conformación de comité de seguridad del paciente, del cual se realiza reunión mensual y se presentan los soportes respectivos de dichas reuniones. En esta verificación la entidad presentó un incumplimiento en relación con las socializaciones y capacitaciones de los colaboradores cuando existan pacientes con enfoques diferenciales, lo cual nos solicita la nueva normatividad. Adicional tampoco se evidencia protocolo de manejo de trauma craneoencefálico.

Se evidencia programa de farmacovigilancia y seguridad del paciente donde se incluye la lista de verificación con los correctos para la administración de medicamentos. Se verifica en el protocolo de prevención de caídas que incluye la semaforización según el riesgo.

Protocolo úlceras por presión socializado con el personal técnico de enfermería. Se evidencia que el manual de atención al paciente crónico sin ventilador y en el manual de terapias se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.

Cada terapia cuenta con sus procedimientos, protocolos. En el caso de la atención paciente crónico y salud laboral, cuenta con las guías de practica medica que se relacionan con cada una de ellas, se encuentran socializadas y evaluadas. La Entidad cuenta con procedimiento de adopción de Guías de práctica clínica. Se evidencia protocolo de manejo de tecnologías y protocolo de seguridad del paciente, se observan los protocolo de referencia y contrareferencia y de estabilización del paciente antes del traslado. se observa la lista de chequeo en el protocolo de referencia y contrareferencia

Gráfica No. 5 Nivel de cumplimiento estándar de Procesos prioritarios



Fuente: Elaboración Propia

- Historia Clínica y Registros

Cuentan con software **manager clinic** para manejo de historia clínicas las cuales están protegidas bajo el usuario y contraseña de los profesionales, sin embargo existen registros que se llevan en medio físico y se archivan en el área administrativa en el espacio destinado para ello en cada una de las carpetas rotuladas con el nombre del paciente, y se encuentran en un armario bajo llave.

La entidad cuenta con un comité de historias clínicas el cual se reúne cada 3 meses.

Se observa en el procedimiento de consentimiento informado y formato aplicado en cada una de las atenciones

Se garantiza con el proveedor de software de historias clínicas, sin embargo es indispensable generar medios electrónicos que permita la realización de los back up de cada una de las atenciones e historias clínicas.

Gráfica No. 6 Nivel de cumplimiento estándar de Historia Clínica y Registros

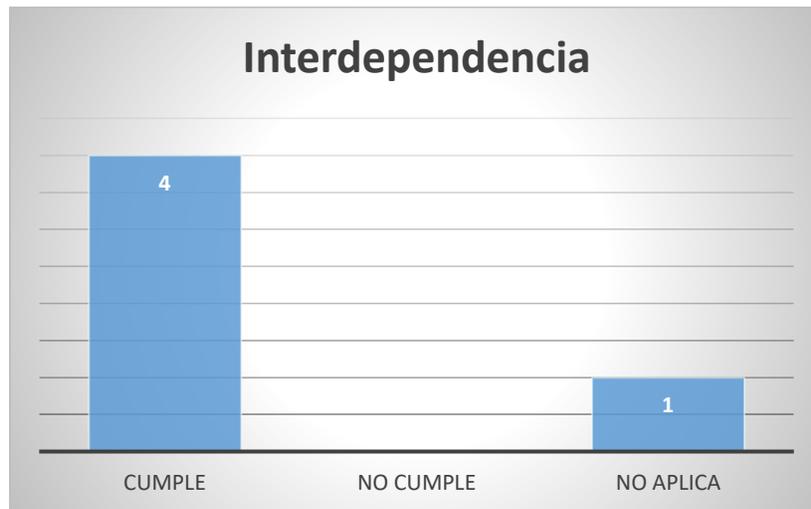


Fuente: Elaboración Propia

- **Interdependencia**

Se realiza verificación de la existencia de contratos con laboratorio, farmacia, gases medicinales imágenes diagnósticas y banco de sangre en casos únicamente en los que se requiera y sean contratados por el ente solicitante del servicio.

Gráfica No. 7 nivel de cumplimiento estándar de Interdependencia.



Fuente: Elaboración Propia

- **Servicio de seguridad y Salud en el trabajo**

Se verifica la hoja de vida del profesional a cargo del servicio, el cual cumple en su totalidad con lo requerido por la norma, se evidenciaron los elementos necesarios para la prestación del servicio a nivel extramural. (equipos biomédicos e insumos)

- **Servicio de terapias**

se observan hojas de vida de los profesionales y en el momento de la contratación se realiza la verificación de títulos en cada una de las instituciones educativas. Para este servicio se requiere fortalecer la formación continua y capacitación del personal.

Conclusión general

Respecto a la visita de condiciones de habilitación de la entidad, es posible concluir que el hallazgo de mayor incidencia fue el tema de Inducción, reinducción y Capacitación del personal, si bien es cierto que reunir el personal por la situación actual de pandemia ha

dificultado el proceso de Capacitación, es posible valernos de las ayudas tecnológicas e innovar implementando jornadas de capacitaciones de manera virtual.

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Como segundo componente se llevó a cabo, la respectiva investigación de la Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de acuerdo como lo define el Ministerio de Salud y Protección Social en la guía básica y pautas para la implementación de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad como un” proceso sistemático y continuo de la calidad observada respecto a la calidad esperada”

Se realizan las actividades de acuerdo a la metodología sugerida en la ruta crítica, como lineamiento para la realización de PAMEC.

Para el análisis de la información mediante el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se llevo a cabo en las siguientes fases:

Fase de autoevaluación: se aplica el instrumento de autoevaluación, generando el informe del cumplimiento de cada uno de los estándares e instaurando el plan de mejora a aquellas condiciones que debido a la calificación requieren intervención de acuerdo a la priorización de los riesgos. Para esta fase se dio lugar a la creación de una matriz de autoevaluación por parte de las estudiantes que permite graficar los resultados.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN																																	
AUTOEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PAMEC																																	
	MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			RECURSOS ADICIONALES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	PRIMER GUIMIENTO FECHA
SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4					
PACA-DERECHOS Y DEBERES																PACA-SEGURIDAD PACIENTE			PACA-AMBULATORIO			PACA-LABOR											

Tabla No. 2 Autoevaluación y Seguimiento PAMEC.

Fase de evaluación cualitativa: se verifica cada uno de los soportes, documentos, formatos y procesos con el cual se evalúan las fortalezas que la Institución podía

soportar frente a los puntos evaluados (adherencias, protocolos, seguimiento de indicadores) se dejó registrado en la matriz.

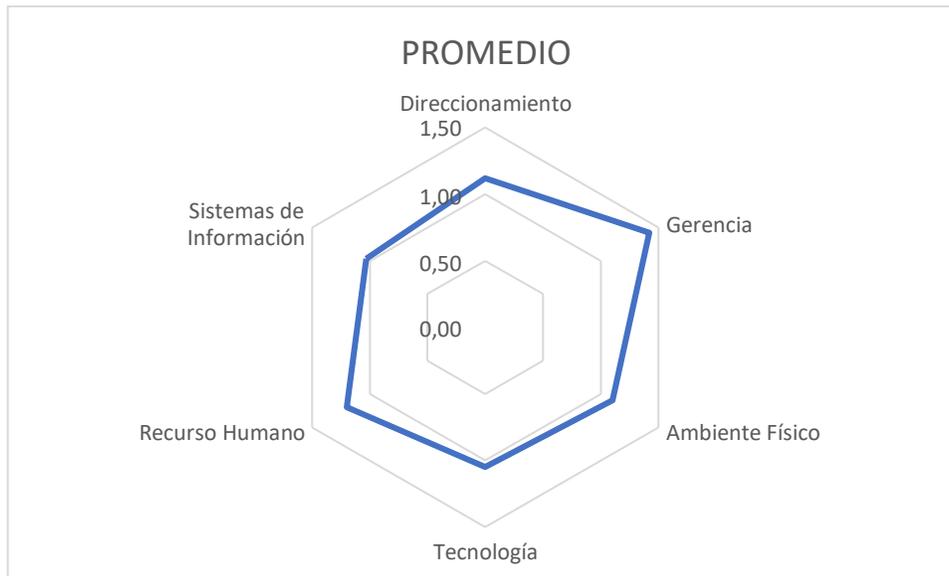
Fase de Priorización de procesos: Partiendo de los resultados de las fases anteriores se concluyó: Aunque la institución tiene documentados algunos procesos, se hace necesario el ajuste de las actividades y enfocar las acciones al talento humano, se observa que la ponderación está relacionada por debajo de los 2 puntos en cada uno de los estándares de Apoyo como se logra observar en la gráfica 8:

GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	PROMEDIO
Direccionamiento	1,12
Gerencia	1,42
Ambiente Físico	1,10
Tecnología	1,05
Recurso Humano	1,20
Sistemas de Información	1,03

Tabla No. 3. Resultados aplicación de Autoevaluación.

De acuerdo a lo anterior dentro del presente trabajo de grado se enfocarán los planes de acción y el cronograma derivado de PAMEC a que la IPS fortalezca, Recurso Humano fortaleciendo su programa de inducción y reinducción, capacitación recurso humano, sistemas de información fortaleciendo la evaluación en la satisfacción global de usuarios frente a los servicios prestados por la IPS.

Gráfica No. 8 Promedio de los Resultados de Autoevaluación



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la anterior priorización para que se pueda dar cumplimiento a las actividades que se propongan para mejorar los promedios de la calidad observada y calidad esperada en cada uno de los estándares de calidad y se cumpla con el objetivo de la elaboración del plan de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad

Se realizó la medición de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. en la IPS con el fin de corroborar y determinar la priorización de las acciones que se tendrán en cuenta en el desarrollo de PAMEC y que permitirán garantizar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la institución.

Fase de generación Plan de acción, planes de mejora

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud comprende unas estrategias y herramientas las cuales están centradas en el cliente, con el fin de satisfacer necesidades y superar expectativas en la atención, dentro de estas herramientas está el ciclo PHVA.

El ciclo PHVA es una herramienta que ayuda a fortalecer la relación Sistema de

Auditoria y los procesos de una institución con un resultado de mejora continua. Por medio de este ciclo se monitorean y corrigen los procesos de planeación para mejoras de una manera efectiva y permanente en la que se planea, se toman acciones, se verifican si los resultados obtenidos son los esperados, se actúa sobre dichos resultados corrigiendo las desviaciones del estándar, se aprende y se reinicia el proceso; tal es el caso del PAMEC.

- **Planear:** Allí se definen las metas y los métodos para alcanzarlas
- **Hacer:** Ejecución las tareas y se recoger los datos, después de haber realizado un proceso de formación, educación y entrenamiento.
- **Verificar:** Es la evaluación de los resultados de las tareas ejecutadas, identificación de los problemas que originan el no-cumplimiento de las tareas.
- **Actuar:** Consiste en tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.

Discusión y Conclusiones

Se logró establecer a partir de la aplicación de los instrumentos diseñados para el presente trabajo que respecto a las condiciones de habilitación la IPS presenta debilidades en los procesos de inducción y reinducción del personal donde no se evidencio el cumplimiento de los cronogramas de capacitación de la entidad, de la misma manera no se evidenció el protocolo de nutrición enteral, el cual se requiere para la atención de paciente crónico sin ventilador en modalidad domiciliaria. También se aplicó instrumento para la construcción del PAMEC para el año vigente el cual se enfocarán a que la IPS fortalezca, Recurso Humano fortaleciendo su programa de inducción y reinducción, capacitación recurso humano, sistemas de información fortaleciendo la evaluación en la satisfacción global de usuarios frente a los servicios prestados por la IPS.

Con respeto a los resultados obtenidos a nivel de habilitación se podría pensar que el balance es positivo ya que existió mas del 90% de cumplimiento, sin embargo, cabe resaltar que en materia de habilitación las entidades están obligadas a cumplir con el 100 % de los criterios de lo contrario se exponen a medidas sancionatorias por parte de los entes de Control.

Como se ha mencionado anteriormente el principal hallazgo encontrado en la verificación fue la falta de capacitaciones al talento humano, esto coincide con un estudio realizado en junio de 2017 por Estudiantes de posgrado de la universidad del Área andina quienes realizaron verificación al nivel de cumplimiento de los estándares de calidad en atención domiciliaria a pacientes crónicos de la IPS Salud Integral Vital Vida, localizada en la ciudad de Cartago, Valle, después de aplicar instrumento de verificación diseñado por ellos mismos concluyeron que la IPS no contaba con protocolos de nutrición parenteral ni disponibilidad de profesional en nutrición, adicional no contaba con guías, manuales y protocolos actualizados y socializados a la fecha de la revisión.

Conclusiones

Se logró elaborar una propuesta metodológica “instrumento” claro y de fácil implementación para la evaluación de los estándares de habilitación a luz de la resolución 3100 de 2019 que permitiera generar el insumo para el mejoramiento de los servicios prestados en la institución a través de los hallazgos.

⊗ Se desarrolló un instrumento que permitió generar una autoevaluación del cumplimiento del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud de la IPS Iryect Fisioterapist

⊗ Se estableció herramientas técnicas que pueden ser implementadas por las personas idóneas encargadas de la institución para el desarrollo del PAMEC y de los planes de mejora.

⊗ Se logró generar el documento del programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad actualizado a 2021 para su ejecución y seguimiento por parte del Líder de Calidad de la Entidad.

⊗ Se generaron los planes de mejora que permitirán que la IPS cumpla con los requisitos mínimos de habilitación y que a través de la auditoria se logren fortalecer los procesos que deben priorizarse y de esta manera se prepare para la evaluación para entes de inspección vigilancia y control.

Recomendaciones

- Implementar mecanismos para el fortalecimiento del talento humano y de las competencias de los mismos entornos a su función en el sistema de gestión de calidad

- Garantizar un programa continuo de inducción y reinducción que permita establecer parámetros, normas y sobre todo que el talento humano realice sus funciones de acuerdo a la dinámica institucional
- Dar continuidad a la implementación de los instrumentos elaborados que permitirán conocer las condiciones de la institución a la luz del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Realizar actualización constante de los instrumentos
- Implementar los planes de mejora que se derivaron de la implementación de los instrumentos
- Realizar la medición de la implementación de los planes de mejora y el avance en la ejecución de actividades
- Implementar indicadores que permitan medir la capacitación del talento humano y la adherencia a los protocolos institucionales
- Facilitar herramientas que permitan fortalecer el bienestar institucional y del talento humano.

Referencias

- Torres, L.A, (2017) Fundamentos de la calidad y auditoria en salud, Fundación universitaria del área Andina, (9-12).
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1293/Fundamentos%20de%20la%20Calidad%20y%20Auditoria%20en%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kerguelén, C.A. (2015). Calidad de salud en Colombia: Los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20E%20N%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Lam Díaz R.S., Dr C. Prof. Hernández Ramírez P., (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Instituto de Hematología e Inmunología. Ciudad de La Habana, Cuba. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009
- Diario Oficial No. 46.230 de 3 de abril de 2006. Última actualización: 30 de diciembre de 2016. Decreto 1011 de 2006, «Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Ruiz Mantilla, L. F., y Fonseca Baurista, M. A. (2018). Verificación de estándares de habilitación Cumplimiento de los estándares de habilitación en condiciones de salud del servicio de Urgencias en Unidad de Servicios de Salud Victoria (Tesis de posgrado). <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/7136> Álzate Agudelo, L. Y., Carmona Vargas, L. M., Gómez Gallego, L. A., Hernández Medina, M. C., Mathieu Vergara, L., Restrepo Rincón, A. M. y Rojas Gómez, T. (2020). Informe de verificación de las condiciones del sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud cuerpo de bomberos voluntarios del municipio de Girardota.

[tesis de posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/18097>

-
- Agudelo Santos, J. Álvarez Osorio, L. Giraldo Anaya, A. M. Herrera Morales, É. M. Tejada Barrientos, E. Lora Serna, S. Reyes Sosa, R. Sierra Gómez, L. F. y Simarra Valdez, W. (2017). Aplicación práctica de la resolución 2003 de 2014 y sus estándares de habilitación: en servicios prestados por la ese hospital Santa Margarita del municipio de Copacabana (Tesis de posgrado). <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/7809>
-
- Diaz, E. & Rodas, S. (2017) Estándares De Calidad De Atención Domiciliaria, Pacientes Crónicos, Ips Salud Integral Vital Vida, Cartago 2017 (Tesis de Posgrado). Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/849/Est%C3%A1ndares%20de%20calidad%20de%20atenci%C3%B3n%20domiciliaria%2C%20pacientes%20cr%C3%B3nicos%2C%20IPS%20Salud%20Integral%20Vital%20Vida%2C%20Cartago%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Beltrán, M, & Amaya, L. (2018) Evaluación Y Diagnostico Del Sistema De Habilitación Para La Prestación De Servicios De Atención En Salud De La Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A. (Tesis de Posgrado). Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales U.D.C.A. Andina. Bogotá. <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1008/1/TESIS%20pdf>
-
- Correa, F (2018) Verificación De Condiciones De Cumplimiento De Habilitación A Una Ips De Mediana Complejidad Del Municipio De Bucaramanga En Los Servicios De: Urgencias, Hospitalización Y Cirugía En El Periodo Comprendido De Abril A Junio Del Año 2018. (Tesis de Posgrado). Universidad de Santander Bucaramanga. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/697/1/Verificaci%C3%B3n%20de%20condiciones%20de%20cumplimiento%20de%20habilitaci%C3%B3n%20a%20una%20IPS%20de%20mediana%20complejidad%20del%20municipio%20de%20>

[0Bucaramanga%20en%20los%20servicios%20de%20urgencias%2C%20hospita
lizaci%C3%B3n%20y%20cirug%C3%ADa%20en%20el%20periodo%20compren
dido....pdf](#)

-
- Baldovino, K. & Luna K. (2014) Verificación Del Cumplimiento De Condiciones De Habilitación En La Unidad Renal Cedit Ltda. En La Ciudad De San Juan De Pasto (Tesis de Posgrado). Universidad Mariana. Pasto. http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1360/1/VERIFICACION_CUMPLIMIE_NTO_CONDICIONES.pdf
-
- República de Colombia Ley N° 100. Diario Oficial No. 41.148, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1993. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
-
- Argel J C. (2005). Modelo De La Auditoria De La Calidad De La Atención En Salud Para La Clínica Revivir S.A. 09 / 08 / 2020, De Universidad Industrial De Santander. <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2005/116372.pdf>
-
- Charry, E. (2018). Verificación De Estándares De Habilitación Y Propuesta De Plan De Mejora En Un Establecimiento De Salud De Sanidad Militar. <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1084/Verificaci%C3%B3n%20de%20est%C3%A1ndares%20de%20habilitaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-
- Ministerio De Salud Y Protección Social. (2019, 25 noviembre). RESOLUCIÓN NÚMERO 3100 DE 2019. BIBLIOTECA DIGITAL. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
-
- Ministerio De La Protección Social. (2011, marzo). Guía Practica Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud

SOGC. https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

-
- Torres, L.A, (2017) Fundamentos de la calidad y auditoria en salud, Fundación universitaria del área Andina, (9-12).
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1293/Fundamentos%20de%20la%20Calidad%20y%20Auditoria%20en%20Salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-
- Kerguelén, C.A. (2015). Calidad de salud en Colombia: Los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20E%20N%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
-
- Lam Díaz R.S., Dr C. Prof. Hernández Ramírez P., (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Instituto de Hematología e Inmunología. Ciudad de La Habana, Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009
-
- Diario Oficial No. 46.230 de 3 de abril de 2006. Última actualización: 30 de diciembre de 2016. Decreto 1011 de 2006, «Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
-
- Álzate Agudelo, L. Y., Carmona Vargas, L. M., Gómez Gallego, L. A., Hernández Medina,
- M. C., Mathieu Vergara, L., Restrepo Rincón, A. M. y Rojas Gómez, T. (2020). Informe de verificación de las condiciones del sistema de habilitación de

prestadores de servicios de salud cuerpo de bomberos voluntarios del municipio de Girardota. [tesis de posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia].

Repositorio Institucional UCC.

- <http://hdl.handle.net/20.500.12494/18097>

- Ministerio De Salud. (1993, 4 octubre). RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 .BIBLIOTECA DIGITAL
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

- Ministerio De La Protección Social. (2006, 3 abril). RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006. Anexo Técnico 1. BIBLIOTECA DIGITAL.
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo%20tecnico%20%20No%20%201.%20%20RES%201043%20DE%203%20ABRIL%20DE%202006.pdf>

-

- Guerrero Dávila, G. (2014). Una metodología de investigación. En Guerrero Dávila, G. Metodología de la Investigación (págs. 56 - 71). México: Grupo Editorial Patria.

- <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioiberoamericanasp/reader.action?docID=3228613&ppg=67>

- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Primera parte. La oportunidad de investigar cualitativamente. En Ruiz Olabuénaga, J. I. (5a Ed), Metodología de la Investigación Cualitativa (págs. 51 - 125). Bilbao, España: Universidad de Deusto.

- <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioiberoamericanasp/reader.action?docID=3212925&ppg=45>

Anexos

Anexo 1 Autorización para el desarrollo del trabajo



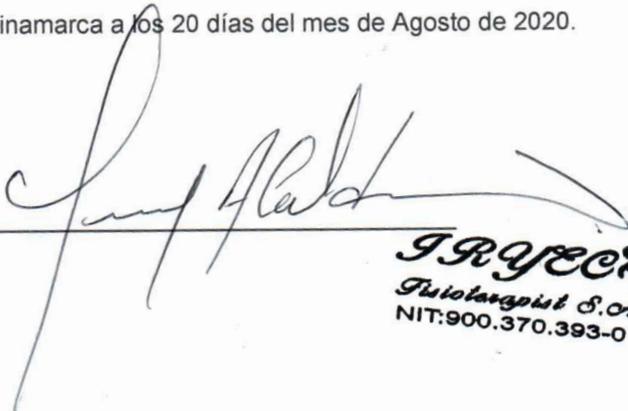
IRYEC FISIOTERAPIST SAS

Servicio Profesional en su Casa o Empresa

AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente yo **Yeimy Alexandra Calderón Arévalo**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 35420209 de Zipaquirá En Calidad de representante Legal y Gerente de la **IPS IRYEC FISIOTERAPIST S.A.S.** Autorizo a las estudiantes de la Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud de la Corporación Universitaria Iberoamericana, Kelly Johana Martínez Gómez y Angela Yisset González Tenjica, para el desarrollo del **trabajo de grado** titulado: "**EVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC EN LA IPS IRYEC FISIOTERAPIST EN CHIA CUNDINAMARCA**". Para lo cual pongo a su disposición lo que se requiera para el proceso del mismo, esto incluye el suministro de información y el apoyo del talento humano de la entidad.

Firmada en Chía Cundinamarca a los 20 días del mes de Agosto de 2020.



IRYEC
Fisioterapist S.A.S.
NIT: 900.370.393-0

Anexo 2 Instrumento de Verificación de Condiciones de Habilitación

Archivo Adicional en CD

INSTRUMENTO EVALUACION RESOLUCION 3100 TRABAJO DE GRADO ANGELA GONZALEZ Y JOHANA MARTINEZ

Grupo servicio	Servicio	Páginas
11.1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS	11.1.1 TALENTO HUMANO	59 -61
	11.1.2 INFRAESTRUCTURA	61 - 68
	11.1.3 DOTACIÓN	68 - 71
	11.1.4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	71 - 73
	11.1.5. PROCESOS PRIORITARIOS	73 - 77
	11.1.6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	77 - 79
	11.1.7. INTERDEPENDENCIA	79
11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA	11.2.1. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL	80-84
	11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	85-88
	11.2.3. SERVICIO DE VACUNACIÓN	88-91
	11.2.4. SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	91-93
11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	11.3.1. SERVICIO DE TERAPIAS	94-97
	11.3.2. SERVICIO FARMACÉUTICO	97-101
	11.3.3 SERVICIO DE RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	101-103
	11.3.4 SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	103-104
	11.3.5 SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR	112-115
	11.3.6 SERVICIO DE RADIOTERAPIA	116-119
	11.3.7. SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA	119-123
	11.3.8. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO VASCULAR	123-125
	11.3.9. SERVICIO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	125-128
	11.3.10 SERVICIO DE GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	129-130
	11.3.11. SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	
	11.3.12 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO	132-135
	11.3.13 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	135-137
	11.3.14 SERVICIO DE LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	137-138
11.3.15. SERVICIO DE LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGIA	138-139	
11.3.16. SERVICIO DE PATOLOGÍA	140-142	
11.3.17. SERVICIO DE DIÁLISIS	142-146	
11.4 GRUPO INTERNACIÓN	11.4.1 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	146-154
	11.4.2 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO	154-162
	11.4.3 SERVICIO DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL	162-165
	11.4.4 SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	165-168
	11.4.5 SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	168-172
	11.4.6. SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	172-175
	11.4.7. SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	175-179
	11.4.8. SERVICIO DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	179-182
	11.4.9. SERVICIO DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	182-186

Anexo 3 Instrumento de Autoevaluación para PAMEC

Archivo Adicional en CD

GGC-FO-021-AUTOEVALUACION-Y-SEGUIMIENTO-PAMEC-2020-ajustado ANGELA [Modo de compatibilidad] - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista ¿Qué desea hacer? Iniciar sesión Compartir

D17

		AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN																																																						
AUTOEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO PAMEC																																																						
PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				RECURSOS ADICIONALES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	PRIMER SEGUIMIENTO FECHA:	OBSERVACIONES FECHA:		
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4														
Sonia Gonzalez																																																						
Sonia Gonzalez																																																						
Sonia Gonzalez																																																						

	PAMEC 2021		
	IRYEC FISIOTERAPIST		
Versión:	Elaboro: Kelly Johana Martínez Angela Yisset González	Estudiantes Corporación Iberoamericana	Aprobó:

PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD

PAMEC AÑO 2021

INTRODUCCION

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de la IPS IRYEC FISIOTERAPIST, se enfoca en prestar los servicios de atención a los usuarios con los mayores beneficios y eficacia y con los menores riesgos posibles, articulando la prestación de servicios de salud con los procesos de mejoramiento continuo de la atención. Contempla las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la reglamentación actual los procesos internos de la institución.

La implementación del PAMEC debe permitir el afianzamiento de la cultura de la calidad llevando a un mejoramiento continuo y a la búsqueda de niveles superiores de calidad.

El presente documento recoge el proyecto trazado de implementación del PAMEC, las características de la organización, y las acciones hasta la fecha realizadas por la IPS en cuanto a la metodología de Auditoria para el Mejoramiento.

El reto es el lograr la cabal implementación del presente programa entendiendo siempre que en el mejoramiento continuo de la calidad de la atención es responsabilidad de cada