

**ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE UNA IPS ACREDITADA CON UNA IPS
HABILITADA EN EL DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ FRENTE AL ENFOQUE DE DISEÑO
DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.**

TUTOR

Monica Diopasa

Coordinadora de Experiencia y Calidad Javesalud IPS

ESTUDIANTES

Lina Mercado - Yolfadis Campo

Pontificia Universidad
JAVERIANA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ

2023

Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO	2
CAPÍTULO I	3
1. MARCO DE REFERENCIA	3
1.1 INTRODUCCIÓN	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
1.4 INTENCIONALIDAD	7
1.5 CRONOGRAMA	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 NORMATIVIDAD	8
2.3 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 MARCO INSTITUCIONAL IPS ASISTIR SALUD	23
2.4 MARCO INSTITUCIONAL JAVESALUD IPS.....	27
3. HERRAMIENTA DE CAPTACIÓN.....	34
CAPÍTULO III.....	36
4. ENTREVISTAS.....	36
4.1 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS	36
5. COMPARACIÓN CUALITATIVA	48
6. RESULTADOS	50
7. CONCLUSIONES	53
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
9. ANEXOS.....	59

CAPÍTULO I

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como finalidad llevar a cabo un análisis profundo que nos permita comparar el enfoque del diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad desde la perspectiva de una IPS habilitada (Asistir Salud) y otra IPS acreditada (Javesalud). A través de esta comparación, aspiramos a revisar las diferencias en términos de auditoría y mejoramiento de la calidad.

El Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), establece un camino estructurado hacia la optimización continua de la calidad. Siguiendo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), nos proponemos planear estratégicamente la investigación, llevar a cabo un análisis detallado, verificar nuestras conclusiones a través de la rigurosidad de los datos y, finalmente, adquirir conocimientos de lo trabajado.

“El enfoque de la auditoría para el mejoramiento de la calidad es el de un instrumento de evaluación y mejoramiento; para ser efectiva deberá ser sistemática y tener como objetivo fundamental contribuir a la mejora de los resultados en las organizaciones, centrados en la atención del paciente.” (Minsalud, 2007, p 31)

El decreto 1011 del 2006 establece que el PAMEC, involucra unos aspectos fundamentales como la evaluación y seguimiento de procesos prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada establecida por normas, y la implementación de medidas correctivas para corregir desviaciones y mantener mejoras en la calidad de los servicios de salud ofrecidos por las instituciones, asegurando así un nivel óptimo de atención médica y cumplimiento de estándares establecidos. El decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, normativa ocupa un

espacio central en la implementación de políticas públicas, siendo el medio a través del cual se estructuran los instrumentos jurídicos que materializan en gran parte las decisiones del Estado.

“La Resolución 1446 de 2006 reglamentó inicialmente el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y definió un conjunto de indicadores para IPS y EAPB centrados en aspectos relevantes como oportunidad/accesibilidad; calidad técnica; gerencia del riesgo, y satisfacción/lealtad.” (MinSalud, 2016, p 19).

“Lo anterior con el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad permitiendo materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En coherencia con lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 256 de 2016, a partir de la cual se actualiza el Sistema de Información para la Calidad y se definen los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad.” (MinSalud, 2016, p 19).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado este estudio se centrará en analizar y comparar dos tipos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Bogotá D,C (Asistir salud y Javesalud IPS), con el fin de evaluar cómo cada una aborda el diseño y la implementación del PAMEC. El estudio abarca varias etapas desde la construcción de un marco teórico sólido que respalde el análisis, y el diseño de una herramienta para recopilar información relevante.

A través de entrevistas con expertos en PAMEC para habilitación y acreditación, se profundizará en las prácticas y procesos específicos, para llegar así a una comparación cualitativa entre las entidades que permitirá resaltar las diferencias y similitudes en sus enfoques para la implementación del PAMEC.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Reconocer la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), es de suma importancia debido al impacto directo en la calidad de la atención en salud, garantizando la seguridad del paciente y fortaleciendo la mejora continua en las instituciones de salud. A través de este estudio comparativo entre dos entidades una de ellas habilitada y la otra acreditada en salud; recopilamos información valiosa para poner en práctica los conocimientos propios adquiridos durante la especialización en Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud.

A medida que la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente son las prioridades fundamentales, comprender cómo el PAMEC impacta en estas áreas es crucial para impulsar la implementación y resultados del PAMEC en entidades acreditadas y habilitadas, además nos permitirá identificar un enfoque más integral y efectivo en la gestión de la calidad en las instituciones de salud.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar con un estudio descriptivo - comparativo la implementación del diseño de un Pamec para el mejoramiento de la calidad entre la IPS acreditada Javesalud y la IPS habilitada Asistir Salud en Bogotá- Colombia.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir una comparativa detallada donde se visualice las diferencias o similitudes clave entre el diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) para una IPS habilitada Vs acreditada, permitiendo una comprensión más profunda de los procesos.
- Reconocer cuales son los criterios y requisitos los cuales se deben cumplir para obtener la acreditación y la habilitación en una institución de salud.
- Determinar por medio de una herramienta de captación de la información, el aprendizaje organizacional y las acciones de mejora definidas en la implementación del PAMEC.

1.4 INTENCIONALIDAD

La intención durante el proceso de estudio es analizar cómo ambas IPS cumplen con las normativas y regulaciones en el campo de la salud. Esto permitirá identificar áreas en las que las IPS pueden fortalecer su cumplimiento y calidad de atención frente al enfoque de diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

1.5 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Entrega propuesta a facultad	31			
Marco teorico PAMEC		1 - 11		
Marco Institucional		12- 24		
Construccion herramienta captacion de información		25	4	
Entrega revisión tutor			5	
Entrega informe final			12	
Entrevistas con experto en PAMEC habilitación y PAMEC acreditación			13 -25	
Comparacion cualitativa de los entidades a partir de su proceso de PAMEC			26	9
Resultados y Conclusiones del valor agregado de los procesos de acreditación en el diseño de un PAMEC				10-16
Entrega revision tutor				17
Entrega final				24

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 NORMATIVIDAD

Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Es la ley marco del actual sistema de seguridad social, la cual contempla: principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria, garantiza las prestaciones económicas de salud y ampliación de coberturas para toda la población. “Es facultad del gobierno nacional expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud. La información producida será de conocimiento público” (El Congreso de la República de Colombia, 1993, 23 de Diciembre)

Ley 1122 del 2007

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (El congreso de la República de Colombia, 2007. 9 de Enero).

Resolución 2181 de 2008

Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter Público. (Ministerio de la Protección Social, 2008, 16 de Junio)

- La Ley 872 de 2003 estableció el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades que ofrecen servicios, con el propósito de dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social. Este sistema se integra en los planes estratégicos y de desarrollo de estas entidades, incluyendo las que forman parte del Sistema de Seguridad Social Integral según la Ley 100 de 1993. (Ministerio de la Protección Social, 2008, 16 de Junio)
- El Decreto 4295 de 2007 establece la Norma Técnica de Calidad para las instituciones de salud y las administradoras de planes de salud, basada en el SOGCS definido por el Decreto 1011 de 2006 y las normativas relacionadas. (Ministerio de la Protección Social, 2008, 16 de Junio)

Decreto único en salud 780 del 2016

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016. 6 de Mayo)

- Recopila disposiciones para el funcionamiento del (SOGCS). Este sistema tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención en salud, enfocándose en aspectos como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención. (Ministerio de la Protección Social, 2008, 16 de Junio)
- Reúne y simplifica todas las normatividades previas en el ámbito de la salud como el decreto 1011 del 2006, y se encarga de asegurar la calidad en salud; Dentro de los

componentes del SOGCS se encuentran el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el sistema de información para la calidad. Estos elementos se integran para mejorar la calidad de los servicios de salud y el cuidado de los usuarios del sistema. (Ministerio de la Protección Social, 2008, 16 de Junio).

Resolución 3100 2019

Por la cual se definen 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.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, 25 de Noviembre).

Que en cumplimiento de lo previsto en el párrafo 1° del artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, 25 de Noviembre).

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, está conformado por cuatro componentes como son: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación, El Sistema de Información para la Calidad. Mediante la Resolución 2003 de 2014, se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, como parte del Sistema Único de Habilitación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, 25 de Noviembre).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

La definición de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se refiere a la prestación de servicios de salud de manera justa y accesible tanto para usuarios individuales como colectivos, asegurando un nivel profesional óptimo, considerando la relación entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de garantizar la adhesión y satisfacción de los usuarios. La evolución de la calidad ha pasado por tres etapas fundamentales.

Las actividades emprendidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se enfocarán en la mejora de los resultados de la atención médica, con un enfoque centrado en el paciente, superando la comprobación de la existencia de infraestructura o la documentación de procesos, que son solo pasos previos para lograr esos resultados mencionados. Con el propósito de evaluar y elevar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes especificaciones: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

el SOGS se divide en 4 componentes:

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

En este proyecto haremos énfasis en el segundo componente; La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

La auditoría para la Mejora de la Calidad de la Atención de Salud comprende la ejecución de actividades que evalúan, supervisan y mejoran procesos identificados como prioritarios. Implica

comparar la calidad observada con la calidad esperada, esta última debe estar definida previamente mediante directrices y normas técnicas, científicas y administrativas. También, requiere que las instituciones adopten medidas para corregir las desviaciones identificadas en relación con los parámetros establecidos previamente y para mantener las mejoras realizadas.

Los programas de auditoría deben estar alineados con los estándares de acreditación y deben superar los estándares básicos establecidos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría se vuelven obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, así como para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

El contexto en el cual se desarrolla la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

- **Atención en salud:** La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”.

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. (Ministerio de la protección Social, 2007, p 17)

- **Mejoramiento continuo de la calidad:** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas. (Ministerio de la protección Social, 2007, p 19).
- **Atención centrada en el cliente:** El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; Teniendo en cuenta las Guías para la elaboración del PAMEC, que lo define de la siguiente forma: “La norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario.” En el contexto actual, la integridad y la continuidad son aspectos esenciales para garantizar la calidad de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este propósito, las organizaciones deben transformar su enfoque en la planificación, ejecución y evaluación de los procesos, centrándose en proporcionar atención integral de manera planificada. Además, es crucial que la gestión sea transparente para los usuarios y sus familias, incorporando sus necesidades en todas las etapas, desde la entrada del paciente en la institución hasta su salida. Este enfoque implica que la organización debe coordinar y unificar todas las actividades para ofrecer una atención integral y continua. (Ministerio de la protección Social, 2007, p22)
- **La seguridad del paciente:** Los sistemas de atención médica han experimentado un notable avance y se han vuelto altamente complejos. Incluso las acciones que parecen simples en atención médica involucran la ejecución de múltiples procesos que requieren la colaboración de diversos profesionales de la salud. En este proceso, pueden surgir problemas de calidad que afectan la seguridad del paciente. Es fundamental reconocer

que los sistemas de atención en salud presentan un alto riesgo, y, como resultado, es esencial realizar un análisis constante, tanto retrospectivo para identificar errores pasados que han causado daño al paciente (eventos adversos) o que estuvieron a punto de hacerlo (incidentes o eventos casi adversos), como proactivo para anticipar posibles fallas en los procesos de atención y prevenirlas de manera sistemática mediante la implementación de barreras de seguridad.

Según las guías para la elaboración del PAMEC lo definen: “ La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.” (Ministerio de la protección Social, 2007, p 23)

- **Incentivos:** El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se construye como un sistema de incentivos para la calidad, las acciones que se deriven de la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad deben generar incentivos. Se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Ministerio de la protección Social, 2007, p 23)
- Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles, se clasificaron de la siguiente manera:

1. **Incentivos económicos “puros”:** el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.
2. **Incentivos de prestigio:** la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.
3. **Incentivos legales:** se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.
4. **Incentivos de carácter ético y profesional:** en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente. (Ministerio de la protección Social, 2007, p 24)

Niveles de auditoría

- **Autocontrol:** Cada miembro de la organización planifica, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los que participa, garantizando que se cumplan los estándares de calidad establecidos por la regulación y la propia entidad.
- **Auditoría Interna:** Esta implica una revisión sistemática realizada dentro de la institución por un organismo externo al proceso auditado. Su propósito principal es fomentar la cultura de la autogestión en la organización. En casos en los que la autogestión haya alcanzado un alto nivel de desarrollo, podría llegar a reemplazar por completo la necesidad de auditorías internas.
- **Auditoría Externa:** Se trata de una evaluación sistemática realizada por una entidad externa a la organización evaluada. Su objetivo es verificar la implementación de los procesos de auditoría interna y autogestión, aplicando el modelo de auditoría de

segundo nivel. Aquellas entidades que funcionen como adquirentes de servicios de salud están obligadas a llevar a cabo auditorías en el nivel de auditoría externa.

Tipos de acciones

- **Acciones Preventivas:** Estas comprenden una serie de pasos, actividades y/o métodos de auditoría relacionados con los procesos prioritarios establecidos por la entidad. Tanto los individuos como la organización deben llevar a cabo estas acciones antes de atender a los usuarios, con el propósito de asegurar la calidad de la atención.
- **Acciones de seguimiento:** Estas acciones engloban un conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que tanto las personas como la organización deben aplicar a la prestación de servicios de salud, enfocándose en los procesos considerados prioritarios para garantizar su calidad.
- **Acciones coyunturales:** Estas involucran una serie de procedimientos, actividades o métodos de auditoría que las personas y la organización deben llevar a cabo retrospectivamente. Su finalidad es detectar, informar y analizar la aparición de eventos adversos durante los procesos de atención de salud, lo que facilita la implementación de intervenciones destinadas a resolver de inmediato los problemas identificados y prevenir su repetición.

Etapas de una auditoría - PHVA

Es importante destacar que para cumplir con las etapas de auditoría de manera efectiva, es fundamental implementar el ciclo PHVA. Este proporciona un marco sólido para la gestión de calidad y la mejora continua. La implementación adecuada del ciclo PHVA es esencial para garantizar la eficacia y eficiencia de las auditorías y, en última instancia, para lograr mejoras

significativas en los procesos y la calidad de los servicios. A continuación explicamos sus siglas:

- **Planear:** La auditoría se inicia con una autoevaluación en la que se seleccionan procesos a mejorar, priorizando aquellos críticos o con fallas en la calidad. Se define el estándar de calidad deseado y las técnicas de auditoría necesarias para monitorear los resultados. Se identifica al líder auditor y su equipo, junto con la forma en que aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas para obtener la información requerida.
- **Hacer:** En la etapa de diseño del Plan de Acción de la Auditoría, se establecen los objetivos y alcances del proceso, definiendo aspectos como qué, quién, dónde, cuándo, cómo y por qué se llevará a cabo. Esto incluye la elaboración de papeles de trabajo, registros, formatos y la planificación de un cronograma para supervisar la ejecución de la auditoría. Se establecen criterios de evaluación por pares, se asignan recursos, se formulan indicadores de medición y se brinda entrenamiento al equipo auditor para garantizar una auditoría efectiva y rigurosa.
- **Verificar:** En la fase de aplicación de técnicas de auditoría, se utilizan diversas herramientas y métodos para obtener información relevante, como informes estadísticos, indicadores y retroalimentación de los usuarios. Esta información se registra en los papeles de trabajo, y se evalúa su claridad y calidad. En caso de necesitar información adicional, se busca y registra, y se realizan observaciones relacionadas con el procedimiento. Se analizan las diferentes fuentes de información y se identifican factores de riesgo, como eventos adversos, evaluando cómo abordarlos para minimizar su impacto en el sistema de gestión de calidad. Finalmente, se elabora un informe de auditoría que documenta los resultados, conclusiones y recomendaciones.

- **Actuar:** La socialización de los resultados de la auditoría implica comunicar los hallazgos y procesos que requieren un Plan de Mejora, además de proporcionar apoyo al equipo en la aplicación de métodos de análisis y resolución de problemas. Se brinda asistencia en la formulación del Plan de Mejoramiento y se realiza un seguimiento constante para garantizar su cumplimiento. El monitoreo se lleva a cabo a través de indicadores específicos, evaluando la efectividad del Plan de Mejora. Y por último se supervisa el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios una vez que se alcanzan los resultados deseados.

Dentro de las etapas anteriores se identifica un **Ciclo PHVA** que es un ciclo de mejoramiento en el cual se basa la auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud. Esta debe centrarse en el análisis de los estándares de los procesos prioritarios dados por la organización y participar activamente en la interrelación de auditoría entre los distintos entes del sistema. (Ministerio de Protección Social, 2007, p 59-60)

RUTA CRÍTICA - PAMEC

Es un enfoque secuencial diseñado para mejorar constantemente los resultados de los procesos sometidos a intervención, con el objetivo de impulsar una mejora continua. Esta ruta se compone de nueve pasos que implican diversas actividades específicas en cada uno de ellos.



Imagen tomada de: Alcaldía de Medellín, Cómo implementar de manera práctica la ruta crítica del PAMEC - Enfoque en seguridad del paciente.

1. **Autoevaluación:** Se debe obtener un diagnóstico que permita la identificación de problemas o deficiencias en la calidad que repercuten en la organización, abarcando aquellos aspectos relacionados con la calidad que afectan tanto al usuario como a la atención brindada. Los elementos a evaluar desde la perspectiva del usuario en cada uno de los procesos incluyen la autoevaluación del proceso de atención en salud y la atención al usuario. En el contexto de la acreditación, se deben considerar todos los grupos de estándares, la formación de equipos de autoevaluación por grupos de estándares, la metodología para llevar a cabo la autoevaluación con los estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA), los formatos utilizados en la autoevaluación y los resultados obtenidos en la autoevaluación con los estándares del SUA. Por otro lado, en el ámbito de la seguridad del paciente, es necesario tomar en cuenta las prácticas seguras adicionales a las que están documentadas en el estándar de procesos

prioritarios, según corresponda al servicio de salud, y siempre siguiendo estándares de calidad superiores. (Secretaria de salud, P 1)

2. **Selección de procesos a mejorar:** A partir de la identificación de oportunidades de mejora, es fundamental determinar a qué procesos están relacionadas. Estas oportunidades de mejora pueden afectar los resultados de la atención y abarcar aspectos organizativos, como la comunicación, la información, ciertas etapas del ciclo PHVA, o incluso un proceso en su totalidad. Es de vital importancia centrarse en mejorar los procesos organizativos para abordar de manera efectiva las causas fundamentales de los problemas, en lugar de solo resolver síntomas superficiales. Se recomienda que la selección de los procesos que serán objeto de mejora se realice en colaboración con los equipos que participaron en la evaluación propia, con el fin de fomentar la continua participación activa de los miembros de la institución en la implementación del componente de auditoría para mejorar la calidad de la atención en salud. (Secretaria de salud, P1)
3. **Priorización de procesos:** Debe ajustarse a los procesos elegidos en la fase previa y a las áreas de mejora que tienen un impacto más significativo en la experiencia del usuario. Es esencial mantener un registro en una tabla de priorización que respalde esta selección, considerando factores como volumen, riesgo, costos o nivel de prioridad. Aquellas oportunidades de mejora que no hayan sido priorizadas pueden posponerse para una intervención posterior, ya que no revisten la misma gravedad. En el caso de que la institución prestadora de servicios de salud (IPS) tenga como objetivo la acreditación, se sugiere priorizar oportunidades de mejora que refuercen los aspectos clave de la acreditación, particularmente el enfoque en la humanización de la atención. (Secretaria de salud, Pag 2)

4. **Definición de la calidad esperada:** Definir el nivel de calidad esperado implica establecer metas, métodos y herramientas de seguimiento, donde las normas y estándares organizativos guían la ejecución de procesos y los indicadores, como instrumentos de observación, evalúan el cumplimiento. Estos indicadores se basan en la medición de variables, permitiendo determinar el logro y la tendencia de evolución del sistema, y su estructura mínima asegura la homogeneidad en la medición, cumpliendo el principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, como se refleja en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el sector de la salud, donde se utiliza una ficha de indicadores estandarizada propuesta por el Ministerio de la Protección Social para medir la calidad de manera uniforme en el sistema de salud. (Secretaria de salud, Pag 2)
5. **Definición de la calidad observada:** Se crea una referencia inicial del rendimiento de la organización mediante la evaluación inicial de los indicadores previamente elaborados en la fase anterior. Esta auditoría inicial engloba las discrepancias entre la calidad observada y la calidad esperada, lo que facilita la medición del efecto de las medidas de mejora que se pongan en marcha. Esta etapa es crucial para determinar la magnitud de la diferencia entre la calidad real y la calidad deseada. (Secretaria de salud, Pag 2)
6. **Formulación del plan de mejoramiento:** En esta etapa se centra en el planteamiento de soluciones prácticas y factibles de implementar como respuesta a las oportunidades de mejora o deficiencias en la calidad previamente identificadas. Esto se hace con el propósito de cerrar la brecha que existe entre la calidad observada y la calidad deseada. Se describen acciones de mejora, especificando los responsables, fechas de inicio y finalización. Esta etapa abarca varios aspectos clave, como la definición de las especificaciones técnicas de los indicadores junto con su frecuencia de medición, la

medición de los indicadores a través del seguimiento continuo de las acciones de mejora implementadas, y la aplicación de correcciones oportunas en tiempo real en caso de detectar desviaciones. (Secretaria de salud, Pag 3)

7. **Implementación del plan de mejoramiento:** Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él. Es en este punto donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin. (Ministerio de protección Social, 2007, p 66)

El mejoramiento de la calidad va más allá del cumplimiento formal del ciclo PHVA, se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cual fue el impacto en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y pueda medir qué tanto recuperó con la inversión en Calidad, y los procesos mejorados se incorporan en la nueva etapa de planeación de la calidad. (Ministerio de protección Social, 2007, p 66)

8. **Evaluación del mejoramiento:** El objetivo es evaluar si se han cumplido de manera efectiva las acciones implementadas, que previamente se habían establecido en el plan de mejora, tomando en cuenta el monitoreo realizado a través del autocontrol y la auditoría interna, lo cual debe quedar claramente documentado. Esta actividad se lleva a cabo para supervisar y dar seguimiento al alcance de los resultados deseados. En el proceso de planificación de la auditoría, se destacan los siguientes pasos:
- Definición de los objetivos de la auditoría.
 - Definición del alcance que se refiere al universo del campo de acción.

- Definición de las técnicas de apoyo a utilizar como son, observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico o flujogramas.
- Identificación del formato de registro.
- Definición del equipo ejecutor de la auditoría y cronograma de la auditoría.

9. **Aprendizaje organizacional:** El objetivo consiste en mantener y potenciar los resultados de los procesos previamente seleccionados y mejorados, con el propósito de garantizar una mejora constante. Se debe elaborar un documento que refleje un análisis de la ejecución del PAMEC, al concluir el período de implementación especificado. Esto se hace para identificar las acciones que deben convertirse en estándar en la organización, lo que implica tomar decisiones definitivas dirigidas hacia la estandarización de las mejoras en los procesos priorizados. Durante esta etapa, se refuerzan las habilidades de los empleados para garantizar la continuidad en la implementación de los cambios realizados y se establece un sistema de seguimiento con el fin de prevenir la reaparición de una diferencia entre la calidad esperada y la calidad observada.

2.3 MARCO INSTITUCIONAL IPS ASISTIR SALUD

Tipo de empresa

La IPS Asistir Salud Sas está constituida como una empresa grande que labora a nivel nacional, cuenta con cuatro (4) sedes ubicadas en Bogotá y dos (2) en Cundinamarca, como una sociedad por acciones simplificadas.

Historia

Asistir Salud es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) constituida en diciembre de 1993; en la ciudad de Bogotá, creada por Dr Juan Carlos Catillo (Gerente general), Sra Gladys Urrea (Director administrativo y de calidad). Con una amplia experiencia en la prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad. Prestan servicios de consulta médica, consulta odontológica general, consulta odontológica especializada, apoyo diagnóstico y terapéutico y programas de promoción y mantenimiento.

Comprometida con la prestación de servicios de la más alta calidad a todos los usuarios, promoviendo la excelencia a través de políticas y estrategias de mejoramiento constante asegurando la permanencia de nuestros afiliados y la renovación de los convenios suscritos que acrediten el cumplimiento de los estándares de calidad y el logro de los objetivos propuestos.

Actualmente la empresa cuenta con seis (6) sedes (Quiroga, Soacha, Candelaria, Álamos, Fontibón, Mosquera), cerca de quinientos (500) colaboradores y atiende a más de doscientos (245.0000) usuarios afiliados al Plan de Beneficios de Salud de las EPS Compensar y Sura; Adicionalmente presta Servicios de Salud a ARL, tales como: Colpatria, Bolívar, Sura, Compañía de Seguros Aurora y Liberty Seguros, con las cuales se ha suscrito convenio.

Misión

En Asistir Salud IPS prestamos servicios de salud bajo parámetros de racionalidad técnico-científica, dentro de un marco ético y moral con el compromiso de satisfacer las necesidades y superar las expectativas de todos nuestros usuarios.

Visión

Ser una institución líder en salud reconocida por usuarios, aseguradores, prestadores y proveedores por la calidad en la prestación de nuestros servicios

Productos o servicios ofrecidos

Prestación integral de consulta externa.

- **Consulta externa médica:** Es un servicio médico que se brinda a pacientes que requieren atención médica, pero no necesitan hospitalización. Se pueden realizar diferentes tipos de atenciones médicas, como consultas médicas generales o especializadas, exámenes de laboratorio, toma de muestras, procedimientos médicos menores, entre otros.
- **Consulta externa odontológica:** En la consulta externa odontológica, se realizan diferentes tipos de atenciones dentales, como la revisión y limpieza dental, extracciones dentales, obturaciones dentales, endodoncias, ortodoncias, prótesis dentales, entre otros.

SUBPROCESOS

- Endoscopias vías digestivas
- Diagnóstico por imagen
- Laboratorio clínico
- Rehabilitación
- Cardiodiagnostico
- Prestación de servicios de promoción y prevención.

Política de seguridad del usuario

Asistir Salud está comprometida con la prestación de servicios de salud seguros; por ello promueve una cultura de seguridad en sus colaboradores, los usuarios y sus familias y el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de eventos adversos con el fin de minimizar los riesgos de ocurrencia de los mismos que afecten la seguridad relacionada con el proceso de prestación asistencial. Por qué todos valemos, seguridad al 100%.

Cultura organizacional

En Asistir Salud se identifica un enfoque en la atención y cuidado de la salud de los pacientes, así como en el bienestar y desarrollo profesional de los empleados. Algunas características muy importantes se centran en el enfoque del paciente, donde se brinda el mejor cuidado y atención posible. Los empleados se esfuerzan por conocer a los pacientes y sus necesidades, y se comprometen a brindar un servicio de alta calidad, acompañado de una comunicación efectiva, entre los empleados y con los pacientes. Los canales de comunicación son claros y efectivos, y la retroalimentación es valorada y utilizada para mejorar los procesos y servicios.

El trabajo en equipo es otra de las características con las que cuenta la IPS, como fortaleza permite fomentar el trabajo en equipo y la colaboración entre los empleados. Se valoran las opiniones y aportes de todos los empleados, y se promueve la resolución de problemas de manera colaborativa, permitiendo la innovación y la mejora continua en los procesos y servicios. Los empleados se sienten motivados para buscar nuevas formas de mejorar y ofrecer un servicio de mayor calidad, pero sin dejar de lado la ética profesional promoviendo la integridad, honestidad, y el respeto.

Mapa de procesos

Para la elaboración del mapa de procesos se tuvo en cuenta una metodología centrada en la misión y la visión de la Unidad o Servicio, de los clientes/usuarios y de las necesidades y expectativas de los mismos, que cubra sus necesidades, que satisfaga sus expectativas, con el mayor grado de rendimiento en costo, servicio y calidad. Partiendo de esta base se identifican los procesos y se organizan en el mapa de procesos.

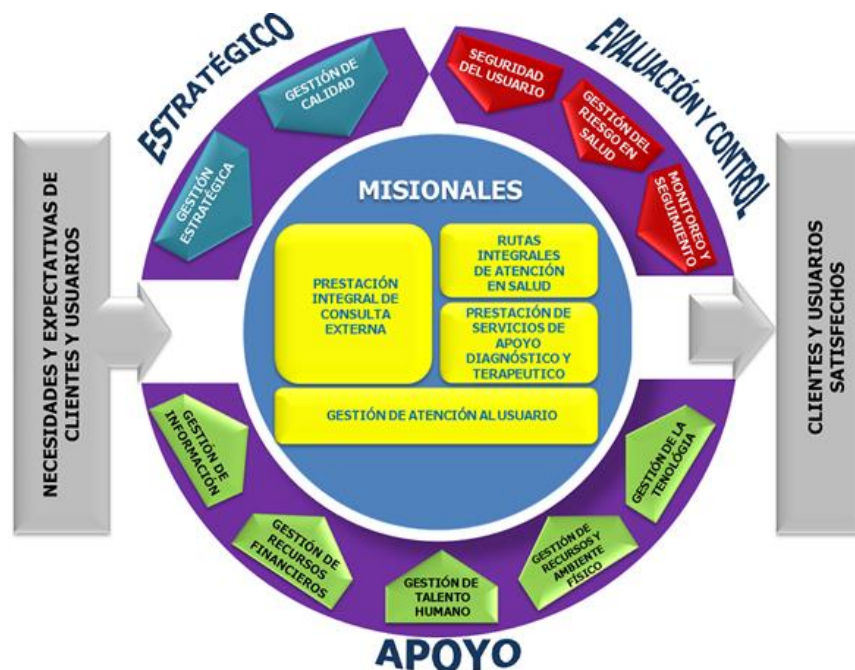


Imagen tomada de: GE-MP-OO1 V3. Isolucion. Mapa de procesos

2.4 MARCO INSTITUCIONAL JAVESALUD IPS

Tipo de empresa

Javesalud, Fundación sin ánimo de lucro, acreditada en alta calidad y certificada por Transparencia por Colombia como una empresa ética y transparente, comprometida con brindar servicios de salud humanos y resolutivos, en consonancia con sus principios y valores.

Javesalud, fundada en 1995 por la Pontificia Universidad Javeriana, tiene como objetivo principal apoyar la academia, la investigación y la generación de conocimiento al administrar y proporcionar servicios de salud ambulatorios de alta calidad, centrados en la dignidad humana, el respeto, la ética y la innovación. Su misión es contribuir a nivel nacional en la organización y prestación de servicios de salud ambulatorios y de salud en el trabajo, manteniendo una sólida estructura administrativa y siendo autosostenible en su operación.

Historia

- Javesalud, una entidad sin ánimo de lucro creada por la Pontificia Universidad Javeriana en 1995 en Bogotá
- inicialmente brindaba servicios médicos a estudiantes universitarios, pero adaptó su estructura y servicios a raíz de la Ley 100.
- En 2006, bajo una nueva administración, se emprendió un proceso de mejora que incluyó la búsqueda de la acreditación en salud. Se capacitó al personal en estándares de calidad y se crearon equipos de trabajo.
- En 2010, se lanzó el Programa Tejido de Calidad.
- En 2011, se estableció un convenio de docencia servicio con la Universidad Javeriana.
- En 2013, se acreditó por primera vez con ICONTEC.
- Desde 2016, se enfocó en equilibrar la docencia, la investigación y la sostenibilidad financiera, estableciendo convenios con varias universidades.
- En 2021, se sometió a un proceso de acreditación como hospital universitario ambulatorio
- 2022 abrió un centro médico en Cali bajo contrato de cápita y recibió la certificación como primer hospital universitario ambulatorio.

Misión

Somos una Fundación creada por la Pontificia Universidad Javeriana que, con fundamento en la academia, presta servicios de salud de calidad superior, forma talento humano y genera conocimiento en el marco del cuidado primario ambulatorio.

Actuamos de forma humana, resolutiva y transparente ante las necesidades de las personas y comunidades, buscando aportar en la construcción de una sociedad sostenible, empoderada del cuidado de su salud y respetuosa de la dignidad humana.

Visión

En el 2023 seremos un Hospital Universitario ambulatorio reconocido como Centro Médico Académico, referente nacional e internacional por su modelo de atención, con resultados superiores en desenlaces en salud, experiencia del usuario e innovación en la prestación de los servicios.

Servicios:

- Medicina general.
- Medicina especializada.
- Radiología y ecografía.
- Odontología.
- Laboratorio clínico.
- Apoyo terapéutico.
- Vacunación.

Objeto misional

Apoyar la academia, la investigación y la generación de conocimiento, mediante la administración, gestión y prestación de servicios de salud ambulatorios de calidad superior, con dignidad humana, respeto, ética e innovación...

Contribuir a nivel nacional en la organización, administración y prestación de servicios de salud ambulatorios y servicios de salud en el trabajo, mediante una sólida estructura administrativa, de gestión y de atención en salud, siendo autosostenible en su operación

Principios

- Respeto
- Ética
- Innovación

Valores

- Dignidad humana
- Efectividad
- Honestidad
- Trabajo en equipo
- Excelencia
- Liderazgo
- Coherencia

Metas estratégicas - MEGAS

- **Servicio:** Ser un referente nacional al ofrecer la mejor experiencia del usuario a través de la incorporación de tecnologías, eficiencia en los procesos y vocación de servicio.

- **Docencia:** Lograr altos estándares de calidad en la formación de profesionales de la salud, en el marco del cuidado primario ambulatorio.
- **Redes:** Fortalecer la articulación en redes de conocimiento, investigación y prestación de servicios de salud en el marco de una Red Javeriana de Salud
- **sostenibilidad:** garantizar la sostenibilidad integral y el crecimiento rentable impactando positivamente las comunidades y los stakeholder
- **Cultura:** Consolidar una cultura organizacional y las competencias necesarias de cara a los retos académicos, asistenciales y de innovación de la Fundación.
- **Modelo:** Consolidar un modelo de atención centrado en la persona y su familia, generador de valor, que impacte positivamente los resultados de salud.

Pilares estratégicos

- **Talento Humano:** Es el recurso (activo) más valioso de Javesalud, comprometido, íntegro, de alto desempeño, con sentido de pertenencia.
- **Trabajo en equipo:** Equipos interdisciplinarios de salud, responsables por la gestión integral de la salud de poblaciones específicas, con abordaje individual y comunitario.
- **Innovación:** Implementación de procesos, servicios, productos, tecnologías innovadoras en la prestación y gestión de servicios de salud.
- **Gestión del Conocimiento:** Aprendizaje organizacional y generación de conocimiento en APS enfocada en generar valor para el paciente, su familia y comunidades.

Política de seguridad del paciente

Javesalud se dedica a proporcionar a sus usuarios y visitantes un entorno seguro, donde puedan abordar sus necesidades de salud de manera efectiva y con el mínimo riesgo. Se esfuerzan en identificar y controlar los riesgos para reducir la probabilidad de incidentes y

situaciones adversas. Esto lo logran promoviendo una cultura organizacional que fomenta el aprendizaje continuo.

Mapa de procesos



Imagen tomada de: F- PS- 033 Versión 1

Macroproceso Dirección y gerencia: Garantizar la supervigilancia de la Institución, su objeto misional y el cumplimiento de las metas estratégicas de la Fundación buscando su desarrollo y sostenibilidad.

- Responsable: Director general
- Procesos: Comunicación, gestión financiera, gestión externa y interna de la organización, responsabilidad social

Macroproceso Científico: Garantizar la prestación de servicios de salud en el marco del cuidado primario ambulatorio con fundamento en la academia, y así, poder generar conocimiento nuevo y oportunidades de formación del talento humano en salud.

- Responsable: Director Científico
- Procesos: Control técnico, gestión clínica, referencia y contrareferencia de la red

Macroproceso Académico y de investigación: Liderar todos los procesos académicos

- Procesos: Gestión de prácticas formativas, investigación, gestión de los convenios docencia-servicio

Macroprocesos Gestión humana y responsabilidad social: Proveer, mantener y desarrollar un Talento Humano altamente calificado y motivado para alcanzar los objetivos de la Fundación; velando por el cumplimiento de las normas y procedimientos vigentes a través de la correcta administración de los procesos de Gestión Humana.

- Responsable: Director de gestión humana
- Procesos: Bienestar, compensación y relaciones laborales, formación y entrenamiento, selección y desarrollo, salud y seguridad en el trabajo

Macroproceso Administrativo: Dar soporte administrativo a la ejecución de las tareas misionales y a las otras áreas de soporte y Garantizar la adecuada disponibilidad de servicios, tecnología, equipos, insumos e infraestructura necesarios para la prestación de los servicios.

- Responsable: Subdirector general
- Procesos: Compras, activos fijos e inventarios, gestión administrativa, gestión de tecnología, información y comunicaciones, gestión del ambiente físico, gestión de equipos y tecnología biomédica

Macroproceso Operaciones y Calidad: Garantizar el adecuado funcionamiento de la prestación de servicios de salud en los Centros Médicos a través de la planeación, implementación y seguimiento de los procesos de atención, coordinando el recurso humano y las actividades administrativas necesarios para su desarrollo, aplicando las buenas prácticas de seguridad del paciente y estándares de calidad superiores en la atención.

- Responsable: Director de operaciones y calidad
- Procesos: Experiencia del usuario, gestión de operaciones, seguimiento y mejora continua de la calidad, acceso, registro, espera y egreso, gestión de la seguridad del paciente y control del riesgo, gestión de proveedores de la red externa, sistema de gestión integral

3. HERRAMIENTA DE CAPTACIÓN

Objetivo	Captar información relevante para el diseño comparativo del PAMEC en una institución habilitada vs acreditada.
Participantes	Personal de la institución habilitada y acreditada.
Instrumento	Entrevista - Observación de los distintos PAMEC realizados por cada institución
Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Selección de las instituciones: Se seleccionarán dos instituciones, una habilitada y una acreditada, que ofrezcan servicios de atención en salud - En este caso IPS Asistir Salud y Javesalud IPS

	<ul style="list-style-type: none"> ● Diseño de los instrumentos: Se diseñará una serie de preguntas que se llevarán a cabo por medio de entrevistas ● Recolección de datos: Se juntará información del personal de las distintas instituciones. ● Análisis de datos: Se analizará la información recopilada para identificar las diferencias entre las instituciones habilitadas y acreditadas en el diseño del PAMEC.
Información	<ul style="list-style-type: none"> ● Dimensiones del PAMEC: Se compila información sobre las dimensiones del PAMEC, como la estructura, el proceso y los resultados. ● Elementos del PAMEC: Se reunirá información sobre los elementos del PAMEC, como los objetivos, las estrategias, los indicadores y las metas.
Análisis de datos	Los datos obtenidos se analizarán utilizando técnicas de análisis descriptivas y comparativas para describir las características principales del PAMEC en las instituciones habilitadas y acreditadas.
Preguntas para la entrevista	Ver Anexo

CAPÍTULO III

4. ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas a las instituciones se llevaron a cabo mediante la plataforma Teams, lo que permitió abarcar todas las preguntas en el espacio designado. En representación de Javesalud, participaron la Jefe de Calidad, Mónica Leal, y la Dra. Monica Diopasa. En representación de la IPS Asistir salud, tuvo la participación de la Jefe de Calidad Viviana Laguna.

4.1 Análisis de entrevistas

El análisis de las entrevistas se realizó considerando tres dimensiones clave: estructura, procesos y resultados. Esto se hizo con el propósito de obtener una visión más completa de la implementación del PAMEC en una institución habilitada Vs acreditada.

Análisis IPS Javesalud

Dimensión de estructura

En Javesalud, como entidad acreditada, la definición del PAMEC se enfoca en la rigurosidad de su implementación basada en los estándares de acreditación. Esto se traduce en un enfoque robusto y exhaustivo para cumplir con los requisitos de habilitación desde una entidad acreditada, Cada paso del proceso del PAMEC, orientado hacia la habilitación, se lleva a cabo con el objetivo de cumplir y superar estos estándares, garantizando así la prestación de servicios de alta calidad y la seguridad del paciente.

Es a través de esta alineación con los estándares de acreditación que Javesalud aborda y define su proceso de PAMEC en busca de la excelencia.

Es importante aclarar que para Javesalud no lo llaman PAMEC sino PUMI - Plan único de mejoramiento institucional

Los ciclos del PUMI se estructuran en una serie de actividades, que originalmente comprenden 9 pasos. Sin embargo, en una iniciativa de mejora continua, Javesalud ha introducido una décima etapa, centrándose en la priorización, definición de actividades y generación de planes. Este enfoque más amplio y detallado permite una planificación más precisa y efectiva.

En este proceso, los planes se desglosan en acciones más concretas y ejecutables a lo largo del tiempo. Cada uno de estos planes más pequeños aborda varios aspectos esenciales para la mejora continua. Los Planes más pequeños, es donde se llevan a cabo varias actividades ejecutables en el tiempo, donde la Meta es del 85% en 1 año.

Para los procesos prioritarios Javesalud amplía el programa de mejoramiento al incluir indicadores de gestión y se establecieron grupos de actividades que permitieron un mayor control. Como resultado de esto, se definieron 16 fuentes y 16 oportunidades de mejora.

Javesalud definió las Fuentes de información como elementos claves de apoyo para la identificación de las Oportunidades de Mejora, ya que son parte de la estructura del Plan Único de Mejoramiento Continuo institucional con sus respectivos responsables. estas fuentes son:

1. Resultados de Auditorías Internas y externas
2. Informes de Rutas de Seguridad
3. Informes de PQRSF
4. Rondas de Servicio
5. Encuestas de Satisfacción
6. Informes Universidades
7. Evaluación docentes por sede

8. Encuesta de Clima Organizacional
9. Encuesta de Percepción de Cultura de Seguridad.
10. Oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.
11. Seguimiento a Indicadores Clínicos y administrativos.
12. Cuadros de Mando Institucionales
13. Resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
14. Oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros Asistenciales y Administrativos.
15. Seguimiento en EPM, EAE y EMI.
16. Informe de Gestión de Comités

Después de la identificación y definición de las fuentes, los responsables de estas, documentaran las oportunidades de Mejora, y posterior definirán el Plan de mejoramiento al que corresponde (Agrupador), estas oportunidades de mejora al igual que las fuentes deben tener como base los objetivos estratégicos de la organización.

Se da prioridad a la metodología de acreditación considerando su volumen, impacto y costo, calificándola del 1 al 5. y se coloca la semaforización que establece Color verde (1 año) Color amarillo (6 meses) y color rojo (3 meses) estas etiquetas para indicar un plazo de acción más urgente.

Después de priorizar y clasificar las áreas utilizando el sistema de semaforización, se procede a asignar las personas responsables de llevar a cabo las acciones de mejora. Se forman equipos de mejora que incluyen tanto a equipos de autoevaluación como a la dirección general, y se establecen los lineamientos necesarios desde una perspectiva de planificación estratégica.

Luego, se definen las acciones de mejora, y estos equipos de autoevaluación determinan quiénes llevarán a cabo estas acciones en los equipos primarios. En el nivel más operativo, los líderes de cada área se encargan de poner en marcha las acciones de mejora, proporcionando las instrucciones necesarias para su ejecución.

En la autoevaluación, Javesalud emplea estándares específicos para instituciones ambulatorias. utilizando una herramienta llamada "Almera," un sistema de información en el que cargan los estándares, oportunidades de mejora, actividades, y asignan responsables y ejecutores. Estas evaluaciones se realizan anualmente, desde febrero hasta febrero.

El sistema de información, conocido como "Almera," se utiliza para llevar a cabo el seguimiento. Cada equipo de autoevaluación determina cuándo debe realizarse este seguimiento.

El equipo más grande, el de PACAS, es esencial para el funcionamiento de todo el sistema de acreditación. Cada 3 meses, se reúnen con su equipo para evaluar el progreso de las actividades y garantizar que con el tiempo se cumplan las actividades prioritarias. Además, las herramientas utilizadas para llevar a cabo las acciones de mejora pueden variar según el área e incluir sistemas de información, historias clínicas, Excel, Power BI, actividades en los centros médicos, call center, correos electrónicos, entre otros.

En los procesos de mejora se realizan ciclos de 1 año en los que participan personas de diferentes niveles. El proceso incluye la revisión de documentos y se divide en tres niveles.

- Primer Nivel: Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM) : operan en centros médicos y servicios específicos, están dirigidos por gerentes de centros médicos, tanto administrativos como clínicos, así como líderes de áreas. Estos equipos son los encargados de llevar a cabo las acciones operativas

- Segundo Nivel: Equipos de Autoevaluación (EAE): compuesto por directores y gerentes de área de la Dirección General, lidera aspectos específicos como la dirección científica y la gestión de la información, el secretario sera generado por votación del grupo
- Tercer Nivel: Equipos de Mejoramiento Institucional (EMI): Director General, directores de área y gerentes que lideran equipos de autoevaluación, Aquí se establecen las directrices que se desean incorporar en la planificación estratégica.

Al finalizar, estos son los que operativizan, personas que participan dentro del programa de mejoramiento y al final toda la institución participa.

Se garantiza la sostenibilidad de las acciones de mejora a través de evaluaciones anuales sistemáticas y continuas, se busca mantener una actividad constante que nunca se detenga. El objetivo es asegurar que las tareas perduren a lo largo del tiempo y se adapten a los cambios a nivel institucional.

En la institución, existen comités tanto obligatorios como institucionales.

- Los comités obligatorios incluyen comités de Historia Clínica, Infecciones, Tecnovigilancia Farmacológica, Seguridad del Paciente, Convivencia y Comité de Ética.
- Los comités institucionales son específicos de cada área y pueden ser, por ejemplo, el Comité de Gestión o el Comité de Recursos Humanos y Operaciones.

El proceso de evaluación de estos comités se basa en una metodología que califica diversos aspectos, como el número de reuniones realizadas, la completitud de las actas y el seguimiento de las tareas asignadas. Cada 4 meses, se establece un punto de control para verificar cómo se están desarrollando los objetivos establecidos al comienzo del año. Durante estos intervalos, se definen nuevos objetivos para el comité y se realiza un seguimiento constante de su progreso. Al final del año, se efectúa una medición integral y se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos del comité.

Los comités desempeñan un papel crucial al servir como un espacio de trabajo esencial donde se reúnen para cumplir sus objetivos. Estos comités funcionan como herramientas para el mejoramiento, la toma de decisiones y la presentación de indicadores de mejora. Proporcionan un foro en el cual se abordan actividades generales y se promueve la colaboración en equipo. Es importante destacar que en Javesalud, un comité institucional obligatorio no puede cancelarse sin la autorización del Director General.

El aprendizaje organizacional en Javesalud se define claramente en el PUMI. La organización ha aprendido de sus oportunidades de mejora y se enfoca en evitar que se materialicen en eventos adversos con el tiempo. se trabaja en la continua evolución de las oportunidades que han generado valor para la institución.

Un ejemplo de cultura para Javesalud, es que se lleva a cabo un proceso identificado o relacionado como "Javialerta" para identificar el riesgo de caídas en los pacientes con un sticker "Mano Roja". También se gestiona un sticker "Mano Azul" que se concentra en la prevención de pérdida de los pacientes en la institución, abordando específicamente a grupos como niños, adultos mayores y pacientes psiquiátricos.

Al finalizar la ruta de mejoramiento se realizará informe anual al EMI (Equipo de Mejoramiento Institucional) que verifica que los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la apropiación de los conocimientos y buenas prácticas desarrolladas.

Dimensión de procesos

Javesalud, se constituye como una entidad basada en procesos de mejoramiento continuo. Su enfoque en las dimensiones de procesos, cuenta con herramientas, estructura, organización y una serie de estrategias para garantizar la atención médica de calidad a los pacientes. Por medio del PUMI, el plan único de mejoramiento institucional, con 10 pasos estratégicos que permite la realización de la autoevaluación continua que se lleva a cabo anualmente.

Es importante destacar que la auditoría interna en Javesalud tiene como objetivo fundamental fortalecer la calidad de los servicios de salud, optimizar los procesos y garantizar el cumplimiento de regulaciones así mismo la realización de tres auditorías que se hacen semestralmente desde calidad y seguimiento al programa de la ruta de seguridad mensualmente.

- A nivel Interno: cuenta con un equipo con funciones de auditor en sus labores(asistenciales, de procesos, administrativas).
- A nivel externo: clientes como Compensar, Sura, Secretaria de salud.

Los hallazgos más comunes pueden estar relacionados con áreas específicas de atención médica y gestión administrativa, como las hojas de vida, el listado de personas con variación, y el cumplimiento en higiene de manos por encima del 92%, lo cual se gestiona mensualmente.

Es importante destacar que la comunicación efectiva entre todos los responsables es crucial para asegurar el éxito del PUMI y el mejoramiento continuo de la calidad en Javesalud, por esta razón la institución cuenta con un equipo de mejoramiento primario ya que estos profesionales pueden desempeñar un papel importante en la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de las actividades críticas. que incluye las personas operativas que participan en la atención directa de los pacientes también tiene una responsabilidad en el cumplimiento de las actividades críticas y debe informar sobre cualquier desviación o problema identificado.y el

gerente, que está al tanto del progreso del PUMI y debe recibir informes periódicos sobre el avance y los resultados obtenidos.

Se puede apreciar cómo la institución se esfuerza por proporcionar una atención integral y de calidad a sus pacientes, al mismo tiempo que gestiona eficientemente sus recursos y se mantiene en cumplimiento con las regulaciones pertinentes.

Dimensión de resultados

La medición de resultados en Javesalud, al ser una institución acreditada cuenta con unos impactos y logros derivados de la atención y servicios de salud proporcionados a los pacientes. Esta dimensión es fundamental para determinar la efectividad y calidad de los cuidados brindados, así como para identificar áreas de mejora y oportunidades para optimizar la atención al paciente

La dimensión de resultados en Javesalud busca medir y evaluar de manera objetiva y subjetiva el impacto de la atención médica en la salud y bienestar de los pacientes. Estos indicadores son esenciales para impulsar mejoras continuas y garantizar la calidad de la atención en la institución.

Para lograr los objetivos de mejora establecidos en una entidad de salud acreditada, es esencial seguir un enfoque sistemático y comprometido, que requiere un compromiso constante por parte de todo el equipo. La comunicación efectiva, el liderazgo sólido y la adaptabilidad son clave en este proceso. Javesalud cuenta con con una alta calificación en los estándares, cumpliendo el direccionamiento estratégico hacia la excelencia. utilizando una estrategia de las calificaciones, indicando el 86% en el último año y los objetivos propuestos anualmente por medio de ICONTEC.

Como proceso para monitorear el cumplimiento de mejoras, implica una serie de pasos sistemáticos para asegurarse de que las acciones tomadas están teniendo el impacto deseado

y que se están manteniendo en línea con los estándares de acreditación, Javesalud realiza una monitorización con una corriente bidireccional, trabajando para que se dé cumplimiento a las acciones y se cumplan en el tiempo establecido a través de autoevaluaciones anuales.

Se ve reflejada en la atención del usuario, generando un impacto en satisfacción, y en reconocimiento. Siendo una institución con impacto importante los procesos de mejoramiento están enfocados en identificar y prevenir riesgos. Asimismo un impacto importante en la seguridad del paciente.

Mantener y mejorar continuamente los resultados obtenidos a través del PUMI en Javesalud requiere de un enfoque proactivo y sistemático, cuenta con una organización comprometida con la mejora continua, promoviendo una cultura organizacional que valora la mejora continua.

Incentiva la generación de ideas y la participación activa de los empleados por medio de una revista y los integrantes estudien a partir de la información plasmada, que lleva un registro detallado de los logros obtenidos y las lecciones aprendidas durante el proceso de mejora.

Comunica estos resultados a todo el personal y a las partes interesadas relevantes, la misma que es presentada a los entes de control. La adaptabilidad de los integrantes y la disposición a aprender de los éxitos y desafíos son esenciales para mantener y mejorar continuamente los resultados en Javesalud.

Análisis Asistir Salud

Dimensión de estructura

El PAMEC para Asistir Salud se define como una herramienta integral para contribuir al mejoramiento continuo de los procesos y servicios. Esta estrategia, consagrada en la política de calidad, busca lograr la satisfacción de los usuarios mediante la oferta de instrumentos que faciliten la evaluación y la mejora de la calidad observada en comparación con la calidad

esperada por los usuarios y sus familias. El compromiso del gerente y líderes de los procesos respalda este enfoque.

Este proceso se divide en dos etapas: la planificación y la ejecución; Dentro de los objetivos generales de la institución incluyen el desarrollo de auditorías para mejorar la calidad, cumplir con normativas, promover la mejora continua, reducir riesgos en la atención y proporcionar beneficios a los pacientes a costos razonables con trato humanizado. Para los objetivos específicos Asistir Salud se centra en estructurar un modelo de evaluación para procesos prioritarios, asegurar resultados en la atención centrada en el usuario, promover la atención segura, estimular la participación del personal y fomentar la cultura de calidad y autocontrol, con énfasis en el aprendizaje organizacional mediante retroalimentación continua.

Los procesos prioritarios se concentran en las áreas misionales, como la prestación de servicios y el manejo del riesgo específico en salud (PYP) y la gestión de la atención al usuario. Las acciones de mejora se implementan a través de un plan estructurado que sigue una ruta crítica con 9 etapas que incluyen la herramienta 5W1H. Esta metodología se basa en el análisis causal de fallas de seguridad o problemas. Se identifican las causas, se elabora un plan de mejora que responde a preguntas como qué, por qué, cómo, dónde, quién, cuándo, y se realiza un seguimiento desde calidad para garantizar la ejecución según el cronograma, con entrega de evidencia por parte de los responsables.

La institución utiliza diversas herramientas dependiendo de la acción de mejora, siendo la principal “iSolución”. La sostenibilidad de las acciones implementadas se garantiza mediante seguimientos regulares, mediciones y evaluaciones de indicadores definidos para cada meta, con una periodicidad cada 2 meses. Los comités institucionales, primarios y de gerencia se encargan de gestionar y dar seguimiento a los procesos, con evaluaciones periódicas de su desempeño.

El aprendizaje organizacional se concibe como un medio para mejorar, mantener y estandarizar los procesos. Se fomenta a través de la documentación de buenas acciones en los comités, mejorando conceptos y aprendiendo herramientas mínimas que promuevan una cultura de estandarización.

Dimensión de procesos

Dentro de las estrategias más significativas está el fortalecimiento de la captación temprana y oportuna de la población gestante. Con esto se propone fortalecer las actividades de captación para la toma de mamografías y desarrollar estrategias que garanticen la realización de los estudios ordenados por los profesionales. Adicionalmente se busca fortalecer el monitoreo diario de la disponibilidad de los servicios y tomar acciones inmediatas frente a desviaciones encontradas en cuanto a la disponibilidad de citas; Con el fin de garantizar la asignación y uso del 100% de las citas ofertadas.

Se revisa, se actualiza y se implementa un modelo operativo de call center donde se mide, analiza y se generan acciones para cumplir con los indicadores a cargo y contratar talento humano para mejorar la estrategia y disminuir la rotación de personal, ausentismo, llegadas tardes y bajas de productividad.

La ejecución de estas estrategias se lleva a cabo mediante un cronograma de auditorías. Las auditorías de verificación del PAMEC, que incluyen la planificación y evaluación del mejoramiento se realizan trimestralmente, generalmente a cargo de directores, líderes y dueños de procesos. Cada dueño de proceso realiza auditorías internas para evaluar cómo se encuentra su proceso en relación con el PAMEC y la calidad. Entre las dificultades identificadas se destaca el incumplimiento en los tiempos indicados.

El PAMEC, como herramienta de mejora, comienza con un diagnóstico a través de la autoevaluación, identificando los procesos a trabajar y estableciendo objetivos. Se diseña un

plan, se ejecuta, se evalúa el mejoramiento y se utiliza como una herramienta estructurada para reducir las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada. Los dueños de los procesos y la directora de calidad realizan seguimiento al PAMEC en fechas establecidas.

Las acciones comunes incluyen la adherencia al modelo por parte del personal que realiza demanda inducida, capacitaciones y fortalecimiento al proceso de formación. Se busca la adhesión a las capacitaciones en relación con el portafolio de servicios prestados, seguimientos continuos y monitoreo por parte del director de proceso de los resultados de los indicadores. También se realiza un seguimiento a la disponibilidad de los servicios y monitoreo continuo de las agendas para evitar pérdida de cupos.

Dado que el PAMEC es una herramienta gerencial, su alcance se define liderado por el gerente o la dirección administrativa, revisando la disponibilidad de recursos económicos, humanos y tecnológicos en la organización.

Dimensión de resultados

Asistir Salud ha experimentado mejoras notables al considerar el trabajo realizado a través del PAMEC para mejorar la atención en salud, lo que se traduce en una calidad continua. Esto se refleja en la identificación constante de oportunidades de mejora en el sistema de salud en relación con los entes de salud y aseguradores, contribuyendo positivamente a la calidad de la atención.

Se han observado mejoras significativas teniendo en cuenta el seguimiento constante de los procesos mediante la auditoría interna, comités institucionales y reuniones con los diversos procesos de gestión de calidad, siendo los líderes de los procesos los encargados de realizar el seguimiento como segunda instancia. Como resultado de estas mejoras, se ha logrado una mayor satisfacción por parte de los usuarios con la prestación del servicio.

Para asegurar la mejora continua, Asistir Salud es constante en la ejecución de la ruta crítica del PAMEC. Esto implica llevar a cabo cada etapa definida de manera meticulosa, incluyendo un proceso de autoevaluación y diagnóstico, así como una planificación y ejecución de mejoras. La estrategia es establecer metas cada vez más altas en la ejecución del PAMEC.

5. COMPARACIÓN CUALITATIVA

Dimensión de estructura	
Asistir salud	Javesalud
<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque integral con herramienta en mejora continua • PAMEC como herramienta para el mejoramiento continua • Planificación y ejecución en 9 etapas • Uso de la herramienta 5w1h para estructurar planes de mejora • acciones implementada a través de "iSolucion" 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque en rigurosidad y estándares de acreditación • Uso del PUMI (Plan unico de mejoramiento) • Priorización y planes en 10 ciclos • Definición de fuentes claves para identificar oportunidades de mejora • Semaforización para establecer planes de acción
Dimensión de procesos	
Asistir salud	Javesalud
<ul style="list-style-type: none"> • Auditorías de verificación del PAMEC trimestrales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizan auditorías internas mensuales desde todas las direcciones y el área de

<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultades identificadas como incumplimiento en tiempos indicados para citas destacando la necesidad de mejora continua. ● Desde calidad se realiza evaluación al mejoramiento, por medio de la herramienta 5W1H con una periodicidad cada 2 meses. ● Se realizan 3 comités, mensualmente de gerencia, primarios e institucionales y de obligatorio cumplimiento. Debe ser cancelado bajo autorización del director general ● Cada mes se establecen temas de mejora continua en la institución, se presentan indicadores de mejoramiento de todas las sedes 	<p>calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Equipo de mejoramiento primario para evaluación y seguimiento de actividades críticas . ● Utilización del PUMI para autoevaluación continua y mejora de procesos, por medio de la hoja radar de icontec, con calificación 1 a 5. ● Los comités se realizan cada 4 meses, y de obligatorio cumplimiento. Debe ser cancelado bajo autorización del director general ● Cada 4 meses definen un objetivo del comité, van contando como van y al final del año se hace una medición y se mira el cumplimiento por medio de indicadores de mejora, foro, presentan actividades generales y se revisa el cumplimiento
Dimensión de resultados	
Asistir salud	Javesalud
<ul style="list-style-type: none"> ● Uso del PAMEC para mejorar la atención en salud ● Identificación constante de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Adaptación del PAMEC a PUMI ● Búsqueda de calidad, efectividad y eficacia

<p>oportunidades de mejora</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia para establecer metas cada vez más altas ● Mayor satisfacción del usuario como resultados de mejora ● Medición objetiva y subjetiva del impacto de la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque sistemático y comprometido para lograr objetivos de mejora ● Impacto positivo en satisfacción y reconocimiento del usuario ● Evaluación objetiva y subjetiva para impulsar mejoras continuas ● Alta calificación en estándares con calificación de 86% en el último año
---	--

6. RESULTADOS

Desde la dimensión de estructura, En Asistir Salud, se evidencia un compromiso sólido con la mejora continua mediante el PAMEC. La institución sigue una ruta crítica estructurada con acciones de mejora gestionadas a través de la herramienta "iSolución". La sostenibilidad de estas acciones se asegura mediante la supervisión constante de comités institucionales y de gerencia. Las acciones de mejora se ejecutan a través de un plan estructurado con 9 etapas, utilizando la metodología 5W1H para identificar causas y elaborar planes. La herramienta principal es "iSolución". La sostenibilidad se garantiza con seguimientos regulares y evaluaciones de indicadores cada 2 meses, gestionados por comités institucionales.

Javesalud por su parte, se enfoca en la adaptación del PAMEC hacia el Plan Único de Mejoramiento Institucional (PUMI), con ciclos anuales y una décima etapa que detalla la planificación. La semaforización y la priorización metodológica caracterizan el enfoque de Javesalud, asegurando acciones más urgentes. En la autoevaluación, Javesalud emplea la

herramienta "Almera" para evaluar estándares específicos para instituciones ambulatorias, realizando evaluaciones anuales desde febrero hasta febrero. Los comités, tanto obligatorios como institucionales, desempeñan un papel crucial en la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de actividades críticas. Los equipos de mejora operan en tres niveles, desde Equipos Primarios hasta Equipos de Mejoramiento Institucional.

Para la dimensión de procesos Asistir Salud implementa estrategias significativas, como el fortalecimiento de la captación temprana y el monitoreo diario de la disponibilidad de servicios. Las auditorías trimestrales del PAMEC, realizadas por directores, líderes y dueños de procesos, demuestran un compromiso activo con la mejora continua. El PAMEC como herramienta gerencial, está liderado por la dirección administrativa.

Javesalud, por otro lado, utiliza una metodología como "Almera". El equipo más grande, el de Pacas, es esencial para el funcionamiento de todo el sistema de acreditación, sin embargo no son los únicos estándares que se evalúan. De manera periódica, cada 3 meses, se reúnen con su equipo para evaluar el progreso de las actividades y garantizar que con el tiempo se cumplan las actividades prioritarias y el sistema de información, conocido como "Almera," se utiliza para llevar a cabo el seguimiento. Cada equipo de autoevaluación determina cuándo debe realizarse este seguimiento

A Los ciclos de mejora anuales involucran a diferentes niveles, desde Equipos Primarios hasta Equipos de Mejoramiento Institucional. La dirección general lidera el seguimiento del PUMI, garantizando la disponibilidad de recursos. Además, las herramientas utilizadas para llevar a cabo las acciones de mejora pueden variar según el área e incluir sistemas de información, historias clínicas, Excel, Power BI, actividades en los centros médicos, call center, correos electrónicos, entre otros.

Y por último teniendo en cuenta la dimensión de resultados; Ambas instituciones han experimentado mejoras notables en la calidad y satisfacción del usuario. Asistir Salud destaca por la constante identificación de oportunidades de mejora y su contribución positiva a la calidad del sistema de salud. Javesalud, por su parte, ha logrado un impacto positivo en la satisfacción del usuario, reconocimiento y seguridad del paciente. Fomentan un ambiente de aprendizaje y mejora continua, estableciendo indicadores de desempeño y realizando evaluaciones periódicas para medir el cumplimiento de objetivos y la calidad de los servicios.

La retroalimentación de pacientes y personal es utilizada por las dos instituciones para identificar áreas de mejora, estableciendo sistemas de gestión de calidad en la atención al paciente y garantizar el cumplimiento de normativas. Utilizan la tecnología para mejorar la comunicación interna y externa, involucrando a los usuarios en el proceso de mejora continua, y desarrollando un plan estratégico que incluya metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo.

Los procesos de gestión son eficientes para optimizar la asignación de recursos humanos, financieros y tecnológicos. Así mismo cuentan con la implementación de sistemas de información para facilitar la gestión de datos clínicos y administrativos.

Para asegurar la mejora continua, Asistir Salud ejecuta la ruta crítica del PAMEC meticulosamente, estableciendo metas más altas con cada ciclo. En Javesalud, la constante ejecución del PUMI refleja un compromiso con la mejora y una cultura organizacional que valora la innovación.

7. CONCLUSIONES

El análisis comparativo de la implementación del diseño de la auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) entre Javesalud una IPS acreditada, y Asistir Salud una IPS habilitada, en Bogotá, Colombia, revela una visión integral de las estrategias adoptadas por ambas instituciones para elevar la calidad de sus servicios de salud.

Ambas instituciones han adoptado enfoques efectivos para la mejora continua, cada una con sus propias fortalezas. Javesalud, como entidad acreditada, destaca por su estructura robusta, planificación detallada a través del Plan Único de Mejoramiento Institucional (PUMI), y una diversidad de fuentes que respaldan sus ciclos de mejora anuales. Por otro lado, Asistir Salud, como IPS habilitada, ha implementado con éxito el PAMEC, siguiendo una ruta crítica estructurada y empleando la herramienta "iSolución" para la gestión de acciones de mejora.

En términos de estructura, las instituciones demuestran un compromiso firme con la mejora continua, cada una utilizando herramientas estructuradas específicas. Asistir Salud sobresale en su enfoque en la ruta crítica, mientras que Javesalud muestra una planificación detallada y una diversidad de fuentes para la mejora.

En cuanto a procesos, las dos muestran estrategias efectivas, siendo Asistir Salud destacado por su liderazgo administrativo en el PAMEC y Javesalud incorpora herramientas específicas y ciclos de mejora que involucran a toda la institución.

En la dimensión de resultados, ambas instituciones logran mejoras notables, reflejando un compromiso constante con la calidad. Asistir Salud se enfoca en identificar oportunidades de mejora, mientras que Javesalud destaca por su impacto positivo en la satisfacción y seguridad del paciente.

Adicionalmente es importante añadir que ambas instituciones han demostrado un compromiso constante con la mejora continua en sus procesos y servicios de salud. Javesalud destaca por su énfasis en la planificación estratégica, la identificación de oportunidades de mejora y la constante evaluación a través de múltiples fuentes. Asistir Salud, por su parte, ha logrado mejoras notables en la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, evidenciando una implementación activa de acciones de mejora según su diseño del PAMEC.

En conclusión, el análisis descriptivo - comparativo entre Javesalud y Asistir Salud nos demuestra la efectividad de ambas instituciones en la implementación de sus respectivos diseños de PAMEC. Cada una ha abordado los desafíos específicos teniendo en contexto en el cual se desempeñan, destacando la diversidad de enfoques exitosos en la búsqueda de la mejora continua en la prestación de servicios de salud.

Así mismo, podemos decir que Javesalud como entidad acreditada tiene una ventaja sobre Asistir salud, en cuanto a implementación del PAMEC, su enfoque está más organizado y le han dado una estructura fuerte y sólida a todo el proceso de acreditación sin dejar atrás aspectos de habilitación. El aprendizaje organizacional está definido claramente en el PUMI, y han aprendido de cada una de las fortalezas y oportunidades de mejora evolucionadas para evitar que se materialicen en eventos adversos. Esta significativa ventaja de Javesalud sobre Asistir Salud se atribuye al destacado esfuerzo y dedicación demostrados por todo el personal en el proceso de acreditación. Esta tarea no solo refleja un compromiso con la mejora continua, sino también la necesidad constante de elevar los estándares de calidad en la prestación de servicios de salud, es importante resaltar que Javesalud se ve en la obligación de mejorar cada día para cumplir con los requisitos de acreditación, conllevando a una constante responsabilidad de perfeccionar sus métodos y procedimientos.

Con esta conclusión, no pretendemos menospreciar las habilidades de Asistir Salud como IPS habilitada. Aunque no destaca tanto en la implementación del PAMEC como Javesalud, por el mismo hecho de que es una institución habilitada no quiere decir que no cumpla con estándares aceptables para ofrecer servicios de salud. por lo que este estudio comparativo sobre la implementación del PAMEC entre dos entidades una acreditada Vs Habilitada nos brinda una valiosa comprensión de las estrategias utilizadas por las distintas IPS, para identificar y comprender las buenas prácticas en el diseño y ejecución del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, proporcionandonos bases para desarrollar enfoques efectivos y de mejora continua en las entidades de salud. Adicionalmente nos enseñó una visión un poco más concreta de cómo se aplican los conceptos teóricos en entornos reales.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de la protección social (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud (p 31)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud (2016). Gestión del mejoramiento continuo de la calidad; Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. Documento técnico No.

Implementación Plan Nacional del Mejoramiento de la Calidad en Salud (p. 19)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2006, 3 de Abril). Decreto Numero 1011. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2006, 3 de Abril). Decreto Numero 1011. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

El congreso de la Republica de Colombia. (2007. 9 de Enero). *Ley Numero 1122*. Ministerio de Salud. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008, 16 de Junio). Resolución Numero 002181. Ministerio de Salud. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202181%20de%202008.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, 28 de Mayo). Resolución Numero 2003.

Ministerio de Salud. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016. 6 de Mayo). Decreto Número 780. Ministerio de Salud. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Secretaria de Salud, Ruta Crítica del PAMEC. Obtenido de

http://saludcapital.gov.co/DDS/Documentos_I/Ruta_critica_PAMEC.pdf

Ministerio de la protección social (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (p 17-68); Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de la protección social (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

Documentación Institucional Javesalud IPS

DG-GIO-030 Plan estratégico 2018 - 2023

GC-SM-055 Plan único de mejoramiento institucional - PUMI

F- PS- 033 Versión 1 Informe de autoevaluación

OC-SM-024 Manual de funciones equipos de mejoramiento - version 5

Documentación Institucional IPS Asistir Salud

GE-MP-OO1 V3. Isolución. Mapa de procesos

9. ANEXOS

FORMATO DE COMPARACIÓN EN EL DISEÑO DEL PAMEC			
Nombre de la entidad			
Fecha			
Quién diligencia			
ESTRUCTURA	Asistir Salud	Javesalud	Análisis
¿Cómo se define el PAMEC en su institución?			
¿Cuáles son los objetivos del PAMEC en su institución?			
¿Cuáles son los procesos prioritarios o críticos del PAMEC?			
¿Cómo se implementan las acciones de mejora identificadas en la autoevaluación del PAMEC?			
¿Qué herramientas utilizan para llevar a cabo acciones de mejora en su institución?			
¿Cómo se garantiza la sostenibilidad de las acciones de mejora implementadas en el PAMEC?			
¿Cuáles son los comités organizacionales que gestionan en su institución? ¿Se realiza un seguimiento al desempeño de estos comités?			
¿Cómo entiende la institución el concepto de aprendizaje organizacional? ¿Cómo se ejecuta el aprendizaje organizacional en la institución?			
Procesos			
¿Cuáles son las estrategias del PAMEC en su institución?			
¿Cómo se realizan las auditorías internas del proceso? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son los hallazgos más comunes?			
¿Cómo considera que el PAMEC contribuye a la mejora de la calidad y el logro de los objetivos estratégicos?			
¿Quiénes son los responsables de monitorear y reportar el progreso de las actividades críticas en el PAMEC?			
¿Cuáles son las acciones de mejora más comunes identificadas en las auditorías internas?			
¿Qué medidas se toman para asegurar que los recursos necesarios estén disponibles y sean asignados eficazmente a las actividades críticas del PAMEC?			
Resultados			
¿Se ha logrado mejorar la calidad de la atención en salud en los procesos prioritarios o críticos?			
¿Se han logrado los objetivos de mejora establecidos?			
¿Cuál es el proceso o método utilizado para monitorizar el cumplimiento de las acciones de mejora diseñadas?			
¿Qué efectos ha tenido la mejora de la calidad en la satisfacción de los pacientes o usuario?			
¿Se han identificado áreas donde aún es necesario realizar mejoras adicionales como resultado de las evaluaciones del PAMEC?			
¿Cómo se planea mantener y mejorar continuamente los resultados obtenidos a través del PAMEC en el futuro?			