PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA EL INSTITUTO CARDIOVASCULAR

DIANA QUINTERO TRUJILLO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE POSTGRADO EN SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2006

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA EL INSTITUTO CARDIOVASCULAR

DIANA QUINTERO TRUJILLO

TRABAJO DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

ALBA DEL CARMEN VARGAS DE GONZÁLEZ
TUTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE POSTGRADO EN SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA
2006

Nota de aceptación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del presidente del jurado

_____

Firma del jurado

_____

Firma del jurado

Neiva, 03 de Agosto del 2006

DEDICATORIA:

ESTE TRABAJO LO DEDICO A DIOS, A MI ESPOSO E HIJAS Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DEPOSITARON SU FE Y CONFIANZA EN EL CUMPLIMIENTO Y PRÁCTICA DE ESTA LABOR, QUE ME AYUDARA A MEJORAR EL DESEMPEÑO HACIA UNA OPTIMA ATENCIÓN RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

A los Doctores CARLOS ALBERTO CELIS VICTORIA Y RUBÉN DARÍO CELIS VICTORIA, miembros de la junta directiva del Instituto Cardiovascular por darme la oportunidad de elaborar este documento.

A la Dra. ALBA DEL CARMEN VARGAS DE GONZÁLEZ, Tutora de Tesis, por su asesoría, quien me aporto sus conocimientos, ideas y experiencia para facilitar la realización de éste proyecto.

A la Dra. AMPARO SEPÚLVEDA, por ofrecerme su apoyo incondicional para llevar a cabo este proyecto.

Al Dr. PEDRO REYES GASPAR, por su paciencia, comprensión y apoyo en la toma de decisión para llevar a cabo éste proyecto.

Al Señor CAMILO TORRES MACÍAS por sus valiosos conocimientos y sabiduría.

A la Señorita SANDY YOLIMA RINCÓN por su dedicación y buena voluntad hacia el desarrollo de éste proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1.	Formulación del problema	14,15
2.	Justificación	16,18
3.	Antecedentes	19
3.1	Evolución de los sistema de salud en el mundo y en América Latina	19,27
3.2	Evolución de los sistema de salud en Colombia y en Huila	28,32
4.	Objetivos	33
4.1	Objetivo General	33
4.2	Objetivos Específicos	33,34
5.	Marco Teórico	35,38
5.1	Plataforma Organizacional	39
5.2	Esquema Organizacional	42
6.	Metodología	43
7.	Desarrollo del proyecto	44,49
7.1	Estrategias de mejoramiento para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica.	50
7.1.1	Formulación del plan de acción No 1 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica.	51,53
7.1.2	Seguimiento al plan de acción No 1 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica.	54
7.1.3	Formulación del plan de acción No 2 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica.	55,57

7.1.4 Seguimiento al plan de acción No 2 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica. 58

7.2 Estrategias de mejoramiento para la atención al paciente en la sala de espera. 59, 64

7.2.1 Formulación del plan de acción No 1 para la atención al Paciente en la sala de espera. 65,67

7.2.2 Seguimiento al plan de acción No 1 para la atención al paciente en la sala de espera. 68

7.2.3 Formulación del plan de acción No 2 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera. 69,71

7.2.4 Seguimiento al plan de acción No 2 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera. 72

7.2.5 Formulación del plan de acción No 3 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera. 73,76

7.2.6 Seguimiento al plan de acción No 3 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera. 77

7.3 Plan de mejoramiento cliente interno. 7

8. Auditoria interna para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud Instituto Cardiovascular. 79

8.1 Planeación. 80

8.2 Ejecución. 81

8.3 Verificación. 81

8.4 Actuar. 81

9. Resultados Diseño del PAMEC para el Instituto Cardiovascular. 82

10. Discusión. 83,86

11. Conclusiones. 87,88

12. Recomendaciones. 89,90

Bibliografía 91,92

Anexos 93,135

RESUMEN

Se establece la necesidad de implementar el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC) en el Instituto Cardiovascular, de acuerdo a las directrices de las directivas de la Institución , no solamente por que es un requisito que forma parte del decreto 1011 del 2006 (que derogó al decreto 2309 del 2002), dentro del Sistema de Garantía de la Calidad en las instituciones de salud si no por la importancia de tener unos lineamientos que permitan hacer mediciones permanentes de mejoramiento hacia el paciente.

Se efectúa una revisión de los procesos que se llevan a cabo en el Instituto Cardiovascular, y se seleccionan para el estudio específicamente los que tienen que ver con atención al paciente.

De éstos procesos se seleccionan dos servicios prioritarios, de acuerdo a una matriz de priorización.

De éstos dos servicios se seleccionan dos procedimientos claves en la atención al paciente que son el Servicio de atención al usuario en la sala de espera y el Servicio de ecocardiografía en el paciente pediátrico y se califica de acuerdo a una matriz de prioridades la relevancia en la atención al usuario.

Se identifican los problemas claves en cada uno de éstos dos procesos prioritarios, de acuerdo al diagrama de espina de pescado (calidad observada) y se analizan las causas de éstos problemas que se están presentando.

Se efectúa un plan de mejoramiento que esté acorde con los problemas que se han detectado .

Se determinan los indicadores de medición que permitan analizar el mejoramiento permanente.

Se elaboran cuadros que permitan visualizar el seguimiento a las actividades que se lleven a cabo en la implementación del plan de mejoramiento.

En la posterior implementación se ejecutará el plan de mejoramiento, se efectuarán las mediciones correspondientes para estandarizar los procesos que se han mejorado y se socializará con los colaboradores de la institución con el objetivo de encontrar nuevas estrategias y alternativas de solución a las futuras dificultades.

SUMMARY

The necessity settles down of implementing the PROGRAM OF AUDIT FOR THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF THE ATTENTION IN HEALTH (PAMEC) in the Cardiovascular Institute, according to the guidelines of the directive ones of the Institution, not only for that is a requirement that is part of the ordinance 1011 of the 2006 (that repealed to the ordinance 2309 of the 2002), inside the System of Guarantee of the Quality in the institutions of health if not for the importance of having some limits that allow to make permanent mensurations of improvement toward the patient.

A revision of the processes is made that they are carried out in the Cardiovascular Institute, and they are selected for the study specifically those that have to do with attention to the patient.

Of these processes two high-priority services are selected, according to a priorización womb.

Of these two services two key procedures are selected in the attention to the patient that you/they are the Service of attention to the user in the wait room and the ecocardiografía Service in the pediatric patient and it is qualified according to a womb of priorities the relevance in the attention to the user.

The key problems are identified in each one of these two high-priority processes, according to the diagram of fish thorn (observed quality) and the causes are analyzed of these problems that are presenting.

A plan of improvement is made that is in agreement with the problems that have been detected.

The mensuration indicators are determined that allow to analyze the permanent improvement.

INTRODUCCIÓN

El Instituto Cardiovascular y Oftalmológico es una IPS de carácter privado de tercer nivel, cuyo objetivo principal es la atención en medicina cardiovascular especializada a pacientes particulares, a los pacientes que pertenecen a alguna EPS (entidad promotora de salud) y en general a los pacientes que requieran atención relacionada con la prestación de éstos servicios de salud.

Fue creada en el año de 1998 por iniciativa del Doctor Rubén Darío Celis Victoria, ante la necesidad de la región, de contar con una institución que tuviera la prestación de éstos servicios, que pudiera aliviar de alguna manera las remisión de pacientes a lugares más lejanos como Bogotá entre otros.

La continua disposición de servicio y la calidad con la que cuentan los colaboradores del Instituto Cardiovascular, hacen que ésta Institución tenga un liderazgo reconocido dentro de la región del sur colombiano, con una cobertura del 80% del mercado y contratos con 45 instituciones de importancia , incluyendo al Hospital Universitario de Neiva Hernando MONCALEANO Perdomo y otras EPS(Entidades promotoras de Salud) reconocidas, como Saludcoop, Café salud, fuerzas militares, y Emcosalud entre otras.

Como la ciencia y la medicina no se detienen, se hace necesario diseñar nuevas estrategias que permitan permanecer en el mercado y brindar una atención con mejoramiento permanente, calidez, idoneidad y liderazgo, llegando a la conclusión de que lo que va a permitir una diferenciación a largo plazo de otras entidades que presten los mismos servicios, es la calidad en la atención y en la prestación de servicios .

Llegando la Institución a éste estado de reconocimiento, se ve en la necesidad no solamente de habilitar como tal los servicios que presta con los requisitos esenciales, si no de organizar procesos y subprocesos y por supuesto, la implementación del programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud , como segundo paso para conseguir más adelante la certificación en calidad, pues a pesar de que las encuestas permanentes de satisfacción del usuario y el buzón de opiniones y sugerencias facilitan y ratifican la calidad en la atención, éste no es un proceso que se detiene, se necesita un plan que permita medir y evaluar de manera permanente las metas de mejoramiento que se propone cada área de la Institución así como estar acorde con la tendencia universal de lograr mediante un proceso de mejoramiento permanente un acercamiento a la posterior certificación en calidad total.

Las directivas de la Institución conjuntamente con los colaboradores de la misma, en unidad de criterio y pensando en el paciente para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de medicina cardiovascular, tienen como meta lograr la certificación en calidad para el Instituto Cardiovascular, para lograr esto es necesario iniciar con el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, paso inicial y prioritario, pues la atención al paciente es la base para lograr una certificación total.

Es así como se establece éste diseño, con el objetivo de implementarlo en un futuro, buscando nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad en la atención.

El diseño de éste programa es específico a las necesidades que se consideraron apremiantes, en éste momento para la Institución, con la expectativa de extenderlo a las otras áreas en donde también hay procesos para mejorar, los cuales paulatinamente y una vez puesta en marcha ésta parte inicial se considerarán como prioritarios. Así mismo la Unidad de hemodinamia ubicada en el Hospital

Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, constituye un reto para la Institución, no solamente a nivel científico si no también en la permanencia de la calidad del servicio, lo que lleva a que el próximo paso sea diseñar el PAMEC para la Unidad de Hemodinamia del Instituto Cardiovascular.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El decreto 1011 del 2006 [(1)] que deroga el decreto 2309 del 2002, nace con la necesidad de reglamentar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el esquema de la calidad. Los planteamientos desde la primera etapa (habilitación) llevan a encaminar las Instituciones que prestan servicios de salud a alcanzar unas metas específicas hacia el logro de la calidad en la atención en salud y en los procesos administrativos, razón por la cual el paso siguiente a la habilitación es el diseño e implementación del PAMEC para la estandarización de procesos de mejoramiento y por supuesto que éstos procesos puedan ser debidamente auditados. Sin embargo el logro de éstos objetivos no ha sido fácil ni sencillo, pues la rutinización de la asistencia médica y el ver éstos programas como algo secundario, sobre todo si se tiene en cuenta que se necesita disponibilidad de tiempo y presupuesto, hace que no se tenga en cuenta dentro de las prioridades de una Institución, a pesar de que la idoneidad profesional y la calidad que de hecho debe estar implícita en los procedimientos, se esté llevando a cabo.

El Instituto Cardiovascular se ha preocupado por mantener unos lineamientos de calidad centrados en la satisfacción y bienestar del usuario sin una directriz específica. Se han elaborado y aplicado encuestas de satisfacción del usuario y los resultados de éstas encuestas se han tenido en cuenta para lograr mejorar procesos de una manera aislada y dispersa. La oportunidad de contar con una herramienta de calidad que tiene unos lineamientos claros y específicos, facilita la continuidad y genera un aporte institucional hacia el usuario muy valioso.

(1) Decreto 1011 del 2006 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El PAMEC como estrategia de mejoramiento facilita el desarrollo organizado de planes de acción permanente y el Instituto Cardiovascular ve la necesidad de diseñar e implementar éste proceso teniendo en cuenta:

1.El decidido apoyo de las directivas de la Institución seguido de la necesidad de aplicar la norma (decreto 1011 del 3 de Abril del 2006), que analizándola, identifica de una forma clara, ágil y sencilla los pasos a seguir para establecer un plan de mejoramiento permanente, de acuerdo a la reglamentación para todas las entidades del sector salud.

2. Lineamientos claros para organizar todo lo relacionado con el mejoramiento de la calidad de la atención en salud hacia el usuario.

3. La posibilidad de mejorar la metodología de trabajo en equipo, pues la herramienta facilita y propicia ésta acción.

De ésta forma se espera aportar conceptos y estrategias que una vez desarrolladas constituyan una herramienta de apoyo y consulta para la implementación de éste programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

2. JUSTIFICACIÓN

El tema del mejoramiento de la calidad para las Instituciones de Salud, significa trabajar con los estándares más altos de atención y servicio al usuario en un mercado prioritario de la sociedad, como es el de la salud. Normalmente se trabajan estándares y mejoramiento permanente en la industria, en lo tangible, en lo material, más no en la atención al usuario de servicios de salud.

La consecuencia de un trabajo en éste sentido, es la humanización de los servicios de salud, la sensibilización a las necesidades de un grupo poblacional en desventaja por estar en condiciones de enfermedad y requerir de unos servicios que apenas lo nivelan con el resto de los seres humanos, incluidas las personas que prestan los servicios de salud.

La mejor forma de medir permanentemente la calidad con la que se prestan los servicios, es trabajando continuamente en el tema del mejoramiento, a través de unos indicadores de gestión, que permitan hacer mediciones permanentes, ajustes y revisiones sobre la atención al usuario.

De ésta idea central, se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención De Salud del Sistema General de la Seguridad Social en Salud,(SOGCS) , de acuerdo al decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, el cual se centra en la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo hacia el usuario.

El SOGCS tiene cinco (5) características básicas:

1. Accesibilidad: o posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad: es a oportunidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

3. Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales que tiene por objetivo minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren de acuerdo a evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

El decreto 1011 del 2006 tiene 4 componentes:

1. Sistema único de habilitación.
2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad, tema en el que nos centraremos.
3. Sistema único de acreditación.
4. Sistema de información de la calidad.

De ésta forma, al seguir los lineamientos establecidos por el gobierno, y acorde con la tendencia universal de la calidad, es posible adelantar de una forma relativamente ágil y sencilla programas de mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Dichos programas redundan en beneficio directo al paciente quién es la razón de ser de la institución, al mismo tiempo que permite un amplio beneficio intelectual a quienes estén vinculados a esta, pues genera un proceso continuo y permanente como instrumento de investigación en la recolección y

análisis de datos, en el ingenio para efectuar las preguntas al paciente en las encuestas de opinión y buzones de sugerencias y en general en la administración de cada puesto de trabajo.

3. ANTECEDENTES

3.1 EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO Y AMÉRICA LATINA

Los sistemas de salud existen desde que las personas intentaron deliberadamente proteger su salud y tratar las enfermedades[(2)]. Desde hace miles de años, en todo el mundo han existido prácticas tradicionales basadas en la curación con hierbas, que a menudo se integran con orientación espiritual, y prestan tanto atención preventiva como curativa y hoy en día suelen existir con la medicina moderna.

Muchas de éstas prácticas todavía son el tratamiento preferido para alguna enfermedad o se recurre a ellas porque las acciones modernas no inspiran confianza.

La medicina china tradicional, tal vez la más antigua, se remonta a más de 3000 años , y todavía desempeña una función primordial en el sistema de salud chino, al igual que sus equivalentes antiguos en el subcontinente indio (incluído América Latina) y sistemas similares de creencias y prácticas entre los pueblos autóctonos africanos y americanos. Antes de que tuviera lugar el crecimiento moderno de los conocimientos acerca de la enfermedad, había pocas curaciones para las dolencias y poca prevención eficaz de las enfermedades.

Con raras Excepciones , hasta en los países industrializados, los sistemas de salud organizados en el sentido moderno , destinados a beneficiar a la población en general, existen desde hace apenas un siglo.

---

(2) Informe sobre la salud en el mundo. Año 2000 OMS. Ginebra Suiza.

Aunque los hospitales tienen una historia mucho más dilatada que los sistemas completos en muchos países, pocas de las personas que vivían hace 100 años visitaban jamás un hospital , y esto sigue siendo cierto para muchos millones de personas.

Hasta bien entrado el siglo XIX la mayoría de los hospitales pertenecían a organizaciones de beneficencia y a menudo eran poco más que refugios para los huérfanos , lisiados, indigentes o enfermos mentales. Además no había nada parecido a la práctica moderna de enviar a los pacientes de un nivel del sistema a otro, y se tenía poca protección contra el riesgo financiero, excepto lo que ofrecía la caridad o la acción mancomunada en pequeña escala de los trabajadores que tenían la misma ocupación.

Hacia finales del siglo XIX la revolución industrial estaba transformando la vida de las personas en todo el mundo. Al mismo tiempo las sociedades empezaban a reconocer el costo enorme de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, ya sea debido a las enfermedades infecciosas,, que costaron la vida a muchos miles de personas durante la construcción del canal de Panamá o a los accidentes y la exposición a riesgos en las industrias.

Una vez se supo que los mosquitos transmitían la malaria y la fiebre amarilla, el control de los criaderos de ésos insectos pasó a formar parte de la prevención, que también se traducían en beneficios para las comunidades vecinas, Además de los costos humanos, el costo de la enfermedad y la muerte representaba grandes pérdidas de productividad. Como consecuencia, los dueños de las empresas empezaron a prestar servicios médicos para tratar a sus trabajadores. A medida que se comprendió mejor la importancia del agua limpia y del saneamiento, también mejoraron las condiciones básicas de vida de los trabajadores. Las guerras tuvieron así mismo influencia en los cambios: la guerra de Secesión en los Estados Unidos demostró que los soldados de ambos bandos tenían mayores

probabilidades de morir por enfermedad que a manos del enemigo. Esto mismo se corroboró en las guerras de Crimen y de los boers.

Por ésta misma época en Europa, la salud se estaba convirtiendo en tema político entre los dirigentes. pues Bismark, canciller de Alemania , pensó que si el gobierno se hacía cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos, se eliminaría una fuente del apoyo de éstos en un momento en que los movimientos de los trabajadores socialistas estaban cobrando fuerza, y por otro lado aumentaría la seguridad económica de los trabajadores. Por tanto en 1883 Alemania sancionó una ley que exigía contribuciones de los empleadores para la cobertura de salud de los trabajadores que percibían jornales bajos en ciertas ocupaciones, a los que se agregarían otras clases de trabajadores años más tarde.

Este fue el primer ejemplo de un modelo de seguridad ordenado por el estado.
Poco a poco ésta medida fue adoptada por países como Bélgica (1894), Noruega (1909)y Gran Bretaña en 1911.

Hacia finales del siglo XIX Rusia había empezado a establecer una enorme red de estaciones médicas y hospitales provinciales donde el tratamiento era gratuito y financiado con ingresos tributarios. Después de la revolución Bolchevique hacia 1917 se decretó que debía prestarse atención médica gratuita a toda la población, modelo que se mantuvo por casi 80 años. Este fue el inicio de un modelo completamente centralizado por el estado.

La influencia del modelo alemán empezó a difundirse fuera de Europa después de la primera guerra mundial.

En 1922 el Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las cuales tenían derechos los trabajadores basándose en su tradición de paternalismo empresarial.

En Latinoamérica Chile agrupó a todos los trabajadores cubiertos por el seguro de salud bajo un esquema del ministerio del trabajo.

A pesar de éstos avances, con la segunda guerra mundial hubo un retrazo de los planes del sistema de salud por la destrucción de la estructura sanitaria. Esto también dio cabida al modelo de sistema de salud más influyente, como fue el de Gran Bretaña con el Servicio Nacional de Salud, en 1948.Por ésta misma época Costa Rica sentó bases para un sistema de seguridad social en salud al igual que Méjico y Sudáfrica**.**

En el período que siguió inmediatamente a la guerra, Japón y la unión Soviética también ampliaron sus sistemas limitados para cubrir la mayoría de la población o a toda ella como lo hicieron Hungría y otros estados comunistas de Europa.

La India elaboró ambiciosos planes quinquenales, para el desarrollo de un sistema de salud basados en el informe Bhore de 1946.

Entre los factores que hicieron posible éste período de creación y ampliación de los sistemas se encontraban el reconocimiento del poder del Estado moderno, los movimientos de posguerra encaminados a la reconciliación, y un sentimiento general de solidaridad.

Los sistemas de salud de hoy se crearon tomando como modelo en mayor o menor grado uno o varios diseños básicos que surgieron y se han venido mejorando desde finales del siglo XIX.

Uno de éstos se propone cubrir a todos o a la mayoría de los ciudadanos por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, mientras que los servicios los prestan proveedores tanto públicos como privados .Los primeros seguros de éste tipo en general habían comenzado como asociaciones pequeñas, inicialmente de carácter voluntario.

Otro modelo más reciente centraliza la planificación y el financiamiento, y depende de ingresos tributarios y de la prestación de servicios por el sector público. Los recursos se distribuyen por medio de presupuestos, a veces sobre la base de razones fijas entre el número de habitantes y el de trabajadores y establecimientos de salud.

En un tercer modelo la participación estatal es más limitada pero sigue siendo sustancial. De acuerdo a éste modelo, la cobertura sólo se da a ciertos grupos de población, con lo cual el resto de la población depende del sector privado, qué aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos.

Los países de ingresos medianos, especialmente los latinoamericanos, tienen una mezcla de dos y hasta tres modelos.

Gran parte del debate se ha centrado en definir si un sistema de salud es mejor que otro, pero lo que importa acerca de la estructura general de un sistema es en qué grado facilita el desempeño de sus funciones claves.

A lo largo del siglo XX ha habido tres generaciones de reformas del sistema de salud. Estas surgieron no sólo por fallas percibidas en los sistemas de salud, si no porque se buscaba mayor eficiencia justicia y capacidad de respuesta a las expectativas de las personas a quienes sirven los sistemas.
La primera generación se caracterizó por sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de

seguro social, principalmente en los años 40 y 50 en los países más ricos y un poco después en los más pobres.

Para finales de los 60, muchos sistemas fundados 10 o 20 años antes estaban sometidos a fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaba por igual en los países desarrollados y en desarrollo.

En los países con cobertura nominal para toda la población, quienes más utilizaban los servicios de salud seguían siendo los que tenían mejor situación económica, y los intentos por llegar a los pobre solían ser incompletos. Demasiadas personas seguían dependiendo de sus propios recursos para pagar los servicios de salud y a menudo sólo podían obtener atención de poca calidad.

América Latina especialmente estableció servicios de salud que excluyó a poblaciones indígenas. En países de bajos ingresos, la atención en salud se prestaba solamente al 10% de la población, cuando se asignaba las dos terceras partes del presupuesto y los estudios sobre lo que en realidad hacían los hospitales revelaban que la mitad o más del gasto de hospitalización se destinaba a tratar infecciones que a menudo podrían haberse resuelto mediante la atención ambulatoria como las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis y las infecciones respiratorias agudas.

Por consiguiente hubo la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles.

De ésta manera la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de una población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida en el control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, La república

islámica del Irán y la antigua Yugoslavia. También se basaba en el éxito y los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República unida de Tanzania, y la India. Algunos de éstos países y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño y en tan sólo 20 años se agregaron de 15 a 20 años la esperanza de vida al nacer.

En cada caso había un compromiso fuerte de velar porque la población tuviera un mínimo de servicios de salud, alimentos, educación, junto con un suministro de agua potable y saneamiento básico. Estos eran los elementos clave junto con la existencia de medidas de salud pública relativas a la atención clínica, la prevención en relación con la curación, los medicamentos esenciales y la educación de la gente para los trabajadores comunitarios de salud.

Al adoptar la atención primaria como la estrategia para alcanzar la meta de " Salud para todos" en la conferencia internacional sobre atención primaria en salud de la OMS/UNICEF celebrada en 1978 en Rusia , la OMS dio un nuevo impulso a iniciativas para llevar atención sanitaria básica a personas en todo el mundo. El término atención primaria adquirió una variedad de connotaciones dependiendo del carácter técnico (tratamientos sencillos) o político (dependiendo de acciones multisectoriales o comunitarias), ésta multiplicidad de significados, explica porqué no hay un solo modelo de atención primaria y porque ha sido difícil adoptar las medidas de los países pioneros .

En muchos países se hicieron esfuerzos para adiestrar a trabajadores comunitarios para prestar servicios de salud básicos sin embargo al poco tiempo hubo fracaso porque la falta de adiestramiento, escasez de recursos y porque éste servicio terminó siendo primitivo más que primario y las personas terminaban en los hospitales urbanos.

En países desarrollados la atención primaria se ha integrado mejor a la totalidad del sistema, por la presencia de proveedores de salud de un nivel más bajo como las enfermeras de atención directa, y los asistentes médicos. Una dependencia de este tipo de persona forma hoy en día el núcleo de programas de salud.

Una crítica a éste sistema de la atención primaria es que presta muy poca participación a la demanda, se limita a la oferta y se le suplen necesidades percibidas. La pobreza es una de las causas por las que las necesidades no se expresen en la demanda.

En conclusión las reformas de la primera y segunda generación se rigieron por la oferta. La preocupación por la oferta es una característica de los cambios que se han dado en el sistema de salud de tercera generación.

Los fundamentos técnicos de la Calidad de la Atención en Salud han sido la base para que se genere el nuevo concepto de “acceso en salud para toda la población” según el cual se pretende facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida principalmente por el criterio de eficacia en función de los costos, a todos, en vez del acceso a toda la atención posible para toda la población o solamente la atención más sencilla y más básica para los pobres. En muchas de las demandas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda, tratando de lograr más cada vez el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas reflejan en parte los cambios políticos y económicos que se han venido presentando en el mundo.

Hacia finales de los años 80 en China, Europa y Unión Soviética se generó un cambio en las economías centralizadas por economías de mercado, la intervención del estado en la economía perdía credibilidad lo que llevó a la

liquidación de empresas del estado y a la competencia interna y externa , también al ajuste financiero de las mismas.

Los Sistemas de Salud no han quedado al margen de éstos cambios, una de las consecuencias ha sido el interés por los mecanismos explícitos de seguro, en especial los de financiamiento privado. En varios países asiáticos se han efectuado reformas que incluyen cambios, en consecuencia el seguro de salud se ha introducido en varios países como Corea, Malasia, Singapur y China.

A nivel Latinoamérica se han hecho reformas en Argentina, Chile, Colombia y México con el objeto de ampliar o fusionar la cobertura de seguro y así lograr una mayor participación del riesgo.

En países que anteriormente eran comunistas se ha logrado un acuerdo para que el costo sea cubierto tanto por el seguro como por el asegurado. En los países desarrollados en donde la cobertura estaba lograda para toda la población , han tenido cambios menos drásticos, pero si ha habido cambios en cuanto a la asignación de los recursos, por ejemplo fondos que se mancomunan para pagar a los proveedores .En ocasiones se ha responsabilizado a los médicos generales y a los médicos de atención primaria , en su calidad de " porteros" del sistema sanitario , no sólo de la salud de sus pacientes si no también de las consecuencias más grandes en el uso de recursos para cualquier tratamiento prescrito. De todas maneras no se analizan propuestas específicas de reforma, ni se pretende construir un modelo en especial. El mundo está experimentando muchas variantes y no hay claridad en la manera de proceder.

El sistema de salud necesita una supervisión integral para que no pierda de vista sus metas y velen por las tareas atinentes a financiamiento, inversión y porque la prestación del servicio se realice adecuadamente.

3.2 EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN COLOMBIA Y EN EL HUILA.

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

En Colombia, cuando aparece por primera vez el sistema de seguridad social hacia 1945 y 1946, se crean como Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, La Caja Nacional de Previsión Social y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. Las bases conceptuales e ideológicas se apoyaron en la ley del seguro social obligatorio, emitida en la naciente Alemania por el célebre canciller Otto Bismark en 1883.(3)

Con la emigración de proletarios del viejo continente en la primera posguerra hacia los países del cono sur latinoamericano, se exportaría el invento europeo y desde allí se gestaría la oleada expansiva de los sistemas de seguridad social que cubriría en toda América Latina, contando con el auspicio de a OIT, y la influencia del plan denominado Beveridge, preparado por Inglaterra como una medida de reconstrucción nacional después de la segunda guerra mundial.

Los Europeos ya tenían algún trayecto recorrido con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud , apoyadas en un sistema de salud en donde existía el sistema de seguridad en salud obligatorio, así mismo en Colombia se vió la necesidad, pues las empresas se vieron en dificultades para pagar en forma directa la salud de sus trabajadores.

---

(3) La Reforma de la Seguridad Social en Salud Ley 100 de 1993.

En Colombia el sistema de la seguridad social en salud estuvo enmarcado por la seguridad social de trabajadores privados enmarcados con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el de los trabajadores públicos por La Caja Nacional de Previsión Social.

También existieron otros regímenes ,en los que cada empresa conformaba su propia entidad previsora, como la policía, las fuerzas armadas, el sector de las telecomunicaciones ,el congreso de la república, Ecopetrol y la superintendencia de notariado y registro, entre otros, aparte de otras doce Instituciones y las cuatro Universidades públicas más importantes. De esta forma se creó un sistema totalmente desarticulado y con entidades de regular, y pobre calidad en la prestación de los servicios.

Con los principios de la Seguridad, enmarcados en la universalidad, Integralidad y Eficiencia, la constitución política de 1991 enuncia que el Estado con la participación paulatina de entidades privadas, se encargará poco a poco de lograr una cobertura en seguridad social.

Con la ley 100 del 1993 se encuentra una concepción integral, y surge como consecuencia de la baja cobertura lograda con el ISS, que no llegó al 16%.
Surge con ‘esta ley la posibilidad de la libre elección entre las diferentes gestoras de aseguramiento, denominadas entidades promotoras de salud EPS y las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

A diferencia de los planes privados, los planes obligatorios en salud no contemplan la exclusión de enfermedades preexistentes y se establece el acceso a los afiliados a un plan progresivamente integral que deberá ir manejando sus condiciones de tecnología, hotelería, y suministro de insumos y medicamentos dentro de un proceso de ajuste escalonado que se extiende hasta el año 2001.

En consecuencia, las EPS de régimen contributivo y subsidiado de la seguridad social en salud deben ofrecer un plan obligatorio en salud que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad y con la suficiencia tecnológica y hotelera que determine el organismo rector nacional de la salud y la seguridad social en salud.

Los hospitales dentro de la ley 100 del 93 tienen una reforma notoria, pues hasta el momento dependían del ministerio de salud, de las direcciones seccionales de salud o del ISS, recibían asignaciones presupuestales según sus costos históricos, y funcionaban con ineficiencia. Actualmente y a raíz de la ley, se debieron habilitar como empresas dentro de un esquema competitivo, substituyendo en forma progresiva los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda, de acuerdo a la cobertura, eficiencia y calidad.

Se crean las figuras de ESE (Empresa social del estado), como establecimientos públicos descentralizados, con régimen privado de contratación, con un manejo similar al de las empresas industriales y comerciales del estado y con estatuto de personal igual al de los establecimientos públicos.

La ley 100 del 93 fortalece la perspectiva de la descentralización de la que se había hablado con la ley 10 del 90 , se determina que los alcaldes y gobernadores son los responsables del otorgamiento de subsidios a los mas necesitados y de la contratación de entidades públicas y privadas para el otorgamiento de éstos subsidios.

Las funciones de rectoría y control quedaron en manos del ministerio, posteriormente se creó la superintendencia Nacional de Salud, quién quedó con la responsabilidad del control.
Surge la descentralización territorial, como transferencia de competencias y recursos de la nación a los departamentos, distritos y municipios, se determina

que los municipios presten servicios del primer nivel atención, que comprende hospitales y puestos de salud pero sin diferenciar si era con destino a la oferta o a la demanda. La ley asignó a los departamentos los servicios de niveles complementarios y reservó al gobierno nacional las funciones de asesoría y control, dejando las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales.

El departamento del Huila., como los demás departamentos avanzó en su proceso de descentralización, una vez superados inconvenientes relacionados con pasivos prestacionales y desconocimiento de las normas.

El departamento del Huila, fue el tercer departamento descentralizado, según el decreto ordenanzal 0984 del 30 de Septiembre de 1998,[4] se establece a la Secretaría de Salud como cabeza del sistema de salud departamental, se establecen también funciones y responsabilidades ,que tienen que ver con la dirección del Sistema Departamental de Salud y la inspección de vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A nivel municipal, el 30 de Marzo de 1998 se certificaron el 100% de los municipios del departamento, se inició el proceso de asunción de competencias e implementación de los diferentes procesos de descentralización, con el funcionamiento de los fondos locales de salud, la transformación de hospitales y centros de salud a Empresas Sociales del Estado que a la fecha ascendían a 21 en todo el departamento.

---

(4) Secretaría Departamental del Huila. Informe Estadístico año 1.999

Las direcciones locales de salud se organizaron como Secretarías Municipales de Salud, a cargo del despacho del alcalde.

Análisis del Sector:

En el departamento del Huila el 62.7 % de la población aproximadamente, posee seguridad social, el 30.4% pertenece al régimen contributivo y el 29.5% al régimen subsidiado, así mismo se atiende la modalidad de vinculados dentro del SGSSS en un 37.3%. La taza de mortalidad oscila en 5.4 por cada mil habitantes.

La red de prestadores de servicios de salud quedó integrada por la ESE Hernando Moncaleano Perdomo para el nivel III y IV de atención, la ESE San Vicente de Paúl en Garzón, Hospital Departamental San Antonio de la Plata y Hospital Regional de Pitalito para el nivel de atención I y II. Las ESES municipales, centros de salud e IPS privadas, para el nivel I.

Procedimientos pertenecientes al nivel IV, que no se practican en la ESE Hernando Moncaleano Perdomo, se contratan con entidades de salud en la ciudad de Bogotá, en donde opere el sistema de referencia y contrarreferencia, según el nivel de complejidad en la atención.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

* Diseñar el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del Instituto Cardiovascular, incentivando la cultura del autocontrol y el mejoramiento continuo, encaminados al cumplimiento de estándares en la prestación de los servicios de salud ofrecidos por la Institución.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

* Identificar los procesos prioritarios de la Institución y establecer indicadores de gestión que permitan hacer mediciones permanentes para la obtención de mejores resultados y cumplimiento de metas.

* Involucrar a los colaboradores del Instituto Cardiovascular en el diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, a través de un proceso de sensibilización hacia el objetivo general establecido, mediante una serie de charlas y trabajo en equipo permanente.

* Formular los planes de acción correspondientes a los procesos seleccionados como prioritarios y diseñar el seguimiento a los planes de acción propuestos.

5. MARCO TEÓRICO

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, de acuerdo al decreto 1011 del año 2006, disposiciones que se aplican a los prestadores de servicio de salud, EPS, IPS, administradoras de régimen subsidiado y en general a todas las entidades que de una u otra forma tienen como objetivo principal la atención en servicios de salud al usuario. Dicha obligatoriedad tiene como objetivo evaluar y mejorar la calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. Se remonta a los principios de calidad enunciados por Donabedian, quienes basan las acciones de calidad en la Teoría del Sistema, analizando dinámicas repetitivas de tipo funcionalista, las cuales basan sus acciones en totalidades funcionantes. Esta teoría ha sido aplicada ampliamente para desarrollar el tema de la calidad total en los centros de salud.

Existen otros enfoques para la calidad en las acciones en salud que no se basaron solamente en la teoría de Donabiedean si no que tomaron otros conceptos de tipo estructuralista.

La Dra. Heather Palmer de la Universidad de Harvard enuncia que “El objeto fundamental un sistema de garantía de calidad será el de hacer más efectiva la asistencia médica, mejorando el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han acordado destinar a la asistencia sanitaria. (5)

---

(5) Calidad Total en la Atención Primaria en Salud. González Dagnino. Madrid 1994.

Esta posición centrada en la asistencia médica implica una concepción de calidad netamente curativa, y la expresa analizando unas dimensiones del concepto de calidad diferentes a las del concepto de teoría del sistema y lo resume en 5 puntos:

1. Efectividad
2. Eficiencia
3. Accesibilidad
4. Aceptabilidad
5. Competencia Profesional

De éstos puntos se derivan los parámetros establecidos por la norma dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en nuestro país, como una tendencia universal.

En nuestro país, la auditoria tiene prolongados antecedentes, desde cuando en 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria , y en la perspectiva universal ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía y aplicaba métodos de avaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategia para el mejoramiento de la atención y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores.

Convertir a la auditoria en una herramienta de gestión implica que el auditor y su organización así como los auditados, conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte así como que sepa utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

La auditoria se define como un componente de mejoramiento continuo, en donde los resultados se centran en el paciente o usuario, no en unidades administrativas en especial, promoviendo la auto evaluación y el autocontrol, cuyo impacto se orienta hacia la mejora de los procesos, no hacia la búsqueda de culpables.

Los procesos de mejoramiento que se implementen dentro de las instituciones deben tender a optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención , de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad) , pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad.

En la auditoria se deben trabajar los procesos prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas.
Se deben combinar técnicas de auditoria con el despliegue de comités, evaluando la efectividad y promoviendo el mejoramiento continuo.

Dentro de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud se encuentran:

1. El sistema único de habilitación
2. La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. El sistema único de acreditación
4. El sistema de información para la calidad

Una vez habilitado el Instituto Cardiovascular [6] y teniendo como base éstos estándares de condiciones básicas, tecnológicas y científicas, se procede a dar el segundo paso con el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

El PAMEC implica para su programación y desarrollo los siguientes parámetros:

1.La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada,, la cual debe estar previamente definida mediante normas técnicas, científicas y administrativas

3. La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

4. La implementación de éstas medidas y posterior medición del mejoramiento de cada actividad.

5. El aprendizaje que para la institución es importante con el objetivo de socializar la información y marcar pautas de mejoramiento continuo.

6. Estandarizar los procesos.

---

(6) Resolución No 47 del 06/01/2005 Por la cual se certifica el Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

5.1. PLATAFORMA ORGANIZACIONAL

1. NOMBRE : INSTITUTO CARDIOVASCULAR
2. CIUDAD : NEIVA
3. DEPARTAMENTO : HUILA

5.1.1 CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1.	**NATURALEZA JURÍDICA**	Sociedad Anónima
2.	**NIT.**	813.013.341-2
3.	**DIRECCIÓN**	Carrera 14 No. 8 – 31 HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
4.	**NOMBRE GERENTE**	Carlos Alberto Celis Victoria
5.	**NOMBRE GERENTE ADMINISTRATIVO**	Camilo Torres Macias
6.	**FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES**	Octubre 6 de 1.998
7.	**NUMERO DE PACIENTES**	650 Mensuales.
8.	**CANTIDAD DE EQUIPOS**	10
9.	**NUMERO DE ESPECIALISTAS**	4

MISIÓN

Ofrecer a las personas con deficiencias cardiovasculares, servicios diagnósticos, terapéuticos, dentro de un ambiente humanizado y personalizado, con un alto nivel de calidad y compromiso, que se convierta en un modelo de atención.

Producir periódicamente artículos científicos de alto nivel en los diferentes campos especializados en que trabaja la Institución, reproduciendo y generando el conocimiento, para beneficio de la comunidad SURCOLOMBIANA.

Facilitar a la comunidad SURCOLOMBIANA el acceso a los servicios ofrecidos, con tarifas accesibles a la situación socioeconómica de la región.

Mantener un equipo de colaboradores integrado, satisfecho y comprometido con las políticas de la organización, con disposición de equipos de alta tecnología, para la realización de procedimientos a los pacientes que así lo requieran.

VISIÓN

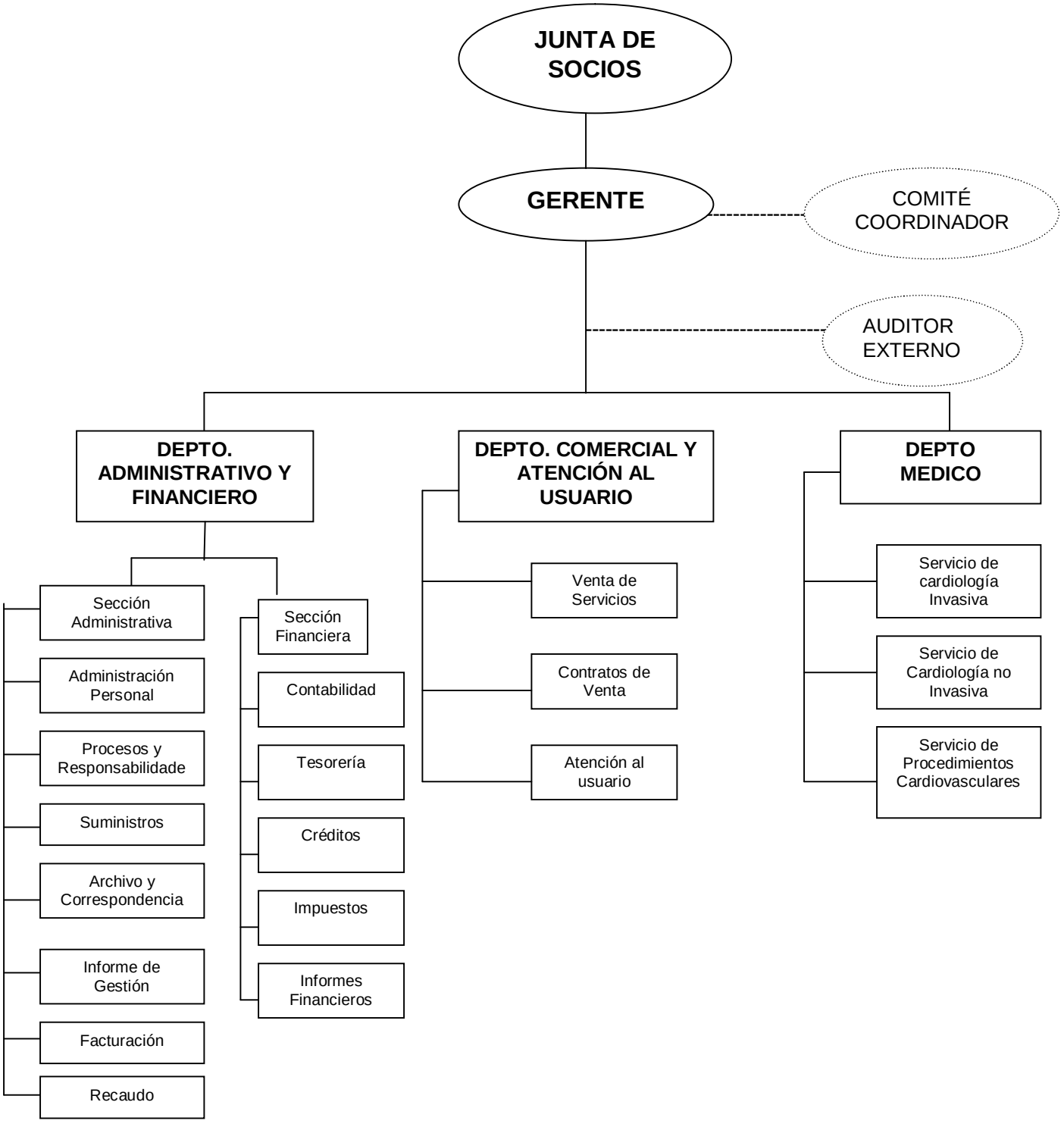
Lograr la excelencia en el servicio y manejo de las actividades que se ejecutan en bien del paciente a través de una continua actualización tecnológica y científica.

Proyectarse hacia una atención integral preventiva mediante la generación de proyectos encaminados al logro de éstos objetivos.

Obtener la máxima cobertura hacia el sur de la región SURCOLOMBIANA, con una prestación de servicios cardiovasculares de excelencia y tecnología de punta.

5.2 FIGURA 1. ESQUEMA ORGANIZACIONAL

INSTITUTO CARDIOVASCULAR



6. METODOLOGÍA

Este proyecto se desarrolló a partir de los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para el desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC . La metodología para la ejecución de éste trabajo es de tipo descriptivo pues en ella se relatan las diferentes situaciones que pueden presentarse al desarrollar una serie de actividades que se ejecutan diariamente al adelantar los procesos y procedimientos objeto de la Institución los cuales se encuentran estandarizados.

Sin embargo se considera pertinente evaluar mediante instrumentos de medición específicos para obtener una información más veraz sobre la prestación actual de los Servicios de Salud ofertados y habilitados ante la Secretaría de Salud Departamental e igualmente identificar fortalezas y debilidades que permitan la elaboración de Planes de Mejoramiento viables para la Institución y que faciliten la implementación de medidas preventivas y correctivas que lleven al logro de la calidad esperada.

Este estudio mide conceptos independientes que finalmente se deben integrar entre sí para obtener un resultado global, es decir, se escogen los procesos prioritarios en la Institución que son independientes porque se desarrollan de forma individual y de ellos se derivan una serie de actividades que una vez analizadas, facilitan la proposición de estrategias y pueden convertirse en el motor para el mejoramiento continuo de la calidad de la Institución.

7. DESARROLLO DEL PROYECTO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Para el diseño y puesta en marcha del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud del Instituto Cardiovascular, se efectuó un diagnóstico básico del Instituto Cardiovascular para determinar fallas de calidad que afectan la prestación de servicios de salud al usuario y que tienen relevancia para la Institución. (ver Anexo 2 cuadro # 1 :Selección de Servicios y/o procesos prioritarios y Anexo 3 cuadro # 2 :Diagnósticos y/o procedimientos Principales y criterios de Valoración).

Dentro de las directrices de la alta dirección de la institución una de las principales preocupaciones es lograr un continuo mejoramiento que facilite lograr la satisfacción del usuario, desde el momento en que ingresa a la institución, hasta el momento en que se hacen las llamadas de seguimiento para determinar su situación de salud. De tal forma, que algunas fallas encontradas fueron directamente detectadas por la gerencia general y por la voz del cliente interno, quienes a pesar de ser conscientes de fallas de calidad no tenían las herramientas necesarias para lograr un mejoramiento de las mismas.

Igualmente cuando se establecieron los procesos de la institución, poco a poco en el transcurso de la elaboración de los Diagramas de Flujo se notaba que habían pasos que eran viables de mejorar.

Igualmente se analizaron 200 encuestas de satisfacción del usuario, (ver anexo 5) para determinar inconformidades, ya que la voz del cliente externo es de relevancia para establecer un plan de mejoramiento continuo.

Teniendo como base éste autodiagnóstico, se hizo necesario establecer los procesos prioritarios dentro de la institución, para iniciar el plan de mejoramiento.

Para establecer los procesos prioritarios, se tuvo en cuenta la matriz de prioridades, en la que se revisaron los servicios ofrecidos por la Institución y 6 criterios de valoración, fundamentales para ser calificados.

Ver Anexo 2 cuadro # 1 Selección de servicios y/o Procesos Prioritarios.

Teniendo como base los servicios ofrecidos y que fueron definidos como los más relevantes en la prestación de los servicios de diagnóstico cardiovascular, se efectuó nuevamente una matriz, para la priorización de procesos que se efectúan en la prestación de éstos dos servicios.

Ver Anexo 3 cuadro #2 Diagnósticos y/o Procedimientos Principales y Criterios de Valoración.

En los criterios de valoración se dio una calificación para cada uno.

PROCESOS PRIORITARIOS

Se determinaron dos procesos prioritarios:

a. **Atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica.**
b. Atención al paciente en la sala de espera.

Se elaboró una espina de pescado para determinar fallas en la atención al paciente en cardiología pediátrica.
Se determinaron las causas asociadas a las fallas en la atención al paciente pediátrico.

FIGURA 2. ATENCIÓN AL PACIENTE SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA

1. Desinformación a la familia del paciente en cuanto a efectos secundarios a la administración de la medicina.

2. No hay seguimiento en casa al paciente posterior a la administración de los medicamentos.

3. Desconocimiento del procedimiento que se debe llevar acabo para la realización del examen por parte de los funcionarios.

4. No existe seguimiento periódico ambulatorio al paciente, posterior a la ejecución del procedimiento.

CAUSAS

1. No existe una guía para el paciente, en donde clara y detalladamente se le explique del procedimiento y se brinde vigilancia permanente al paciente pediátrico en cuanto a los efectos secundarios al suministro de la medicina. Muchas veces se le informa al paciente verbalmente, pero ésta información, no es permanente ni periódica.

2. No se ha delegado a una persona responsable del seguimiento telefónico al paciente. Dicho procedimiento es prioritario para la verificación de su bienestar.

3. La premura en la atención a los pacientes pediátricos, la rotación frecuente de personal en el área de la recepción, y la falta de designación de una persona que se encargue de capacitar adecuadamente al funcionario para la atención al paciente pediátrico, ocasiona éste desconocimiento, situación que afecta la atención y el servicio.

4. No existe un responsable encargado de verificar el bienestar del paciente posterior a la ejecución del procedimiento ni alguien que lleve a cabo un cronograma de actividades de cada paciente en cuanto a tratamiento sea o no quirúrgico, posterior al ecocardiograma.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR No. 001

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	**CÓDIGO DEL INDICADOR** : 001	
	NOMBRE DEL INDICADOR: Satisfacción de la familia del usuario pediátrico frente a la información recibida	
	APROBADO POR: Gerente Instituto Cardiovascular	
	FECHA: 12-05	
OBJETIVO DEL INDICADOR		Mejorar la comunicación para la familia del usuario pediátrico para que no se presenten dificultades por falta de comunicación e información.
RESPONSABLE		Secretaria atención al paciente.
FUENTE DE DATOS		Resultados de las encuestas de satisfacción del usuario.
META DEL INDICADOR		Lograr que el 90-95% de los familiares del usuario pediátrico encuestados se encuentren satisfechos con la información recibida.
FÓRMULA DEL INDICADOR		NUMERADOR: # de familias de niños que recibieron la información con resultados satisfactorios (bueno) X 100 DENOMINADOR: Total de pacientes pediátricos encuestados en un mes.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR		Mensual.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR No. 002

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	**CÓDIGO DEL INDICADOR :** 002	
	NOMBRE DEL INDICADOR: Satisfacción del usuario frente al seguimiento telefónico.	
	APROBADO POR: Gerente Instituto Cardiovascular.	
	FECHA: 12-05	
OBJETIVO DEL INDICADOR		Lograr que el 100% de los pacientes atendidos tengan seguimiento telefónico post atención en la institución.
RESPONSABLE		Enfermera Auxiliar
FUENTE DE DATOS		Libro de registro de pacientes pediátricos atendidos con la relación de las llamadas telefónicas correspondientes.
META DEL INDICADOR		100% de atendidos.
FÓRMULA DEL INDICADOR		**NUMERADOR:** No de niños a quienes se les hizo seguimiento telefónico X 100 **DENOMINADOR:** total de niños atendidos en un mes.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR		Mensual

7.1 ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA

1. Elaborar un protocolo de seguimiento ágil y sencillo para que sea tenido en cuenta por los colaboradores de la Institución como norma de servicio en la atención al paciente pediátrico.

2. Nombrar un responsable del seguimiento telefónico al paciente pediátrico, en donde se investigue la situación de salud posterior al suministro del medicamento, estando en casa.

3. Establecer conjuntamente con el especialista una hoja de indicaciones para la familia del paciente pediátrico, con el objetivo de dar a conocer por escrito el procedimiento y las posibles complicaciones.

7.1.1. Formulación del plan de acción No 1 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica (Indicador no 1)

Indicador de seguimiento: El plan de acción No 1 se cuantifica con el indicador 001.

PORCENTAJE DE FAMILIAS SATISFECHAS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA:

$$\frac{\text{Número de familias que respondieron estar satisfechas con la información recibida}}{\text{Total de familias de los pacientes pediátricos encuestadas.}} \times 100$$

7.1.1 FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN No 1 PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA.

NOMBRE DEL PROCESO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA

META: CONSEGUIR EL 100% DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE A LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA LA TOMA DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
1. Establecer un cronograma de fechas de reuniones de sensibilización con los colaboradores del Instituto Cardiovascular, para hablarles de la importancia en primer lugar del conocimiento del procedimiento en la toma de ecocardiografía pediátrica y en segundo lugar de la transmisión de ése conocimiento a la familia del paciente pediátrico para facilitar la preparación y toma de su examen, sin tener que devolverlo	Coordinadora PAMEC.	A partir del 15 de Enero y hasta el 30 de Enero. Posteriormente 1 vez al mes.	En el Instituto Cardiovascular.	Para que los colaboradores comprometidos con la atención al paciente pediátrico tengan un conocimiento respecto de la importancia de transmitir la información adecuada a la familia del paciente, la cual redunda en beneficios para la atención del paciente.	Efectuar un análisis de fechas y horas para realizar éste programa de sensibilización, entregarlo a los colaboradores y dar cumplimiento estricto al cronograma

2. Elaborar un protocolo de seguimiento ágil y sencillo en donde se tenga en cuenta los pasos fundamentales en la atención al paciente pediátrico que solicita un ecocardiograma	Colaboración conjunta del especialista cardiólogo pediatra y los colaboradores que atienden directamente al paciente pediátrico	Los quince primeros días del mes de febrero. Posteriormente revisión periódica (1 vez cada 6 meses)	En la sede altico del instituto cardiovascular	Para que éste protocolo sea la guía principal de atención al paciente pediátrico y para tener un material de consulta cuando existan inquietudes.	Determinar los pasos fundamentales del protocolo de atención y manejo del paciente pediátrico, y conseguir que éste material sea ágil y entendible.
3. Organizar talleres con los colaboradores de la institución, en donde se visualice la atención a la familia y al paciente pediátrico, para que cada uno sea crítico de su compañero, anotando fortalezas y debilidades en la atención.	Asesor psicólogo que se familiarice con el tema y que apoye la parte sicológica del servicio	Semana del 15 al 28 de febrero	En la sede del instituto cardiovascular	Para dejar claros los conceptos de servicio al paciente, socializándolos en trabajo en equipo, con conocimiento científico.	Consecución de una (UN) psicólogo con experiencia en el tema del servicio que fortalezca y apoye los objetivos de la dinámica.

7.1.2 Seguimiento al plan de acción No 1 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica (Indicador no 1)

ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERÍODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
1. Elaboración de un cronograma de reuniones de sensibilización a 1 año, dos reuniones semanales, invitando a conferencistas especializados en charlas de servicio.			
2. Ejecución de dos reuniones semanales para trabajar en el protocolo de seguimiento al paciente pediátrico. En éstas reuniones se deberá incluir de forma prioritaria las posibles complicaciones tardías que se presentan posterior al suministro del medicamento. En la siguiente reunión verificar la ejecución de tareas programadas y socializarlas con los colaboradores.			
3. Programación de un taller mensual con los colaboradores de la Institución para detectar fallas en la atención, escribirlas en un documento acta y buscar alternativas de solución conjunta para ser tenidas en cuenta para el siguiente taller.			

7.1.3. Formulación del plan de acción No 2 para la atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica (Indicador No 2)

Indicador de seguimiento : El plan de acción # 2 se cuantifica con el indicador # 2.

PORCENTAJE DE NIÑOS A QUIENES SE LES HIZO SEGUIMIENTO TELEFÓNICO:

$$\frac{\text{Numero de pacientes a quienes se les hizo seguimiento telefónico en un mes}}{\text{Total de pacientes pediátricos atendidos en un mes.}} \times 100$$

7.1.3 FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN No 2 PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA

NOMBRE DEL PROCESO: ATENCIÓN AL PACIENTE EN ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA.

META: CONSEGUIR QUE EL 100% DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TENGAN SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POSTERIOR A LA PRÁCTICA DE SU EXAMEN.

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
1. Aprovechar las reuniones de sensibilización que se van a efectuar con los colaboradores de la institución, para hablar también de la importancia del seguimiento telefónico y de las consecuencias para el servicio al paciente si esto no se lleva a cabo.	Coordinadora PAMEC.	Semana del 15 al 30 de Enero. Posteriormente una vez al mes.	Instituto Cardiovascular	A través de éstas reuniones se socializa la conducta a seguir y se intercambian opiniones y puntos de vista que facilitan el mejoramiento permanente.	Con las charlas respectivas de sensibilización y la participación activa de los colaboradores comprometidos con la meta.

2. Designar a un responsable directo de efectuar las llamadas telefónicas, para hacer el seguimiento correspondiente, en el que se tendrá en cuenta las inquietudes de la familia del paciente pediátrico e identificación de las posibles complicaciones.	Auxiliar de recepción.	Semana del 15 al 31 de Enero . Posteriormente deberá ser permanentemente.	Instituto Cardiovascular	Para entregar la responsabilidad de las llamadas a una sola persona, permitiendo que ella responda por las mismas.	Escoger un horario adecuado, inicialmente observando cuál es la hora en la que es más viable obtener la información telefónica correspondiente , posteriormente establecer éste horario y continuar con el proceso de llamadas telefónicas de atención post servicio al paciente pediátrico.
3. Dejar anotado en la historia clínica del paciente el seguimiento que se hizo posterior a su atención en el Instituto Cardiovascular, si se encontró alguna dificultad relacionada con su salud, tomar la acción oportuna correspondiente, acordando una nueva cita con el cardiólogo tratante	Auxiliar de recepción.	Inicialmente la semana del 15 al 30 de Enero para implementar la actividad, más una vez implementada deberá formar parte del trabajo diario	En el Instituto Cardiovascular.	Para efectuar el seguimiento correspondiente.	Llevar una relación de los pacientes atendidos diariamente , para efectuar la llamada telefónica pasado un día de atención y una vez se tenga la información correspondiente anotarla inmediatamente en la HC.

7.1.4. Seguimiento al plan de acción No 2 para el servicio de atención al paciente en ecocardiografía pediátrica (Indicador No 2)

ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
1.En las reuniones de sensibilización que se programaron para el seguimiento al plan de acción #1, (dos reuniones semanales) efectuar dos charlas de sensibilización sobre la importancia de una buena atención telefónica. Es importante tener en cuenta que así al familiar del paciente se le haya informado oportunamente de una posible complicación posterior al suministro de la medicina (situación en la que el paciente deberá comunicarse inmediatamente con el especialista cardiólogo de acuerdo a instrucciones iniciales dadas por la institución), la llamada telefónica post servicio deberá efectuarse de forma obligatoria.			
2. designar y entrenar a un colaborador de la Institución para que se haga responsable del seguimiento telefónico que se le deberá hacer al paciente posterior a la toma de su examen de ecocardiografía pediátrica. Esta persona será responsable de consignar en la historia clínica los resultados de ésta llamada.			
3. la persona responsable designada deberá comunicarse inmediatamente con el cardiólogo especialista tratante, si el paciente presenta algún cambio en su estado de salud.			

B. FIGURA No 3 ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA

Se elaboró una espina de pescado para determinar las dificultades encontradas en la atención al paciente en la sala de espera.

1. Desinformación del paciente para su direccionamiento cuando ingresa a la institución.

2. Demora de la prestación del servicio asistencial de más de 15 minutos.

3. Ausencia de medios de divulgación y comunicación en la sala de espera para mantener al paciente informado y documentado mientras espera ser atendido.

CAUSAS

1. No hay comunicación permanente entre el paciente y la persona encargada de orientarlo al área donde debe ser atendido, si bien es cierto, ésta situación ha mejorado con la ejecución de reuniones periódicas, no se ha hecho un indicador de seguimiento que permita determinar el grado de mejoramiento.

2. Hay momentos de verdad en la institución en donde no se han desarrollado planes de contingencia tendientes a contrarrestar momentos en donde el flujo de pacientes para ser atendidos se incrementa.

3. No se ha dispuesto de un mecanismo para mantener al paciente informado sobre temas de interés no sólo en relación con su enfermedad si no también para que disponga de un medio audiovisual que le permita estar a gusto mientras espera para ser atendido.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR No.003

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	**CÓDIGO DEL INDICADOR :** 003	
	NOMBRE DEL INDICADOR: Efectividad en el direccionamiento de usuarios a las diferentes áreas del ICV	
	APROBADO POR: Gerente del Instituto Cardiovascular.	
	FECHA: 12-05	
OBJETIVO DEL INDICADOR		Mejorar el direccionamiento a los pacientes que acuden al ICV. Mejorar la información que los colaboradores del ICV dan a los pacientes que acuden al ICV .
RESPONSABLE		Auxiliar de recepción.
FUENTE DE DATOS		Libro de estadística de pacientes que encuestaron en un mes.
META DEL INDICADOR		Resultado optimo: 90-95%
FORMULA DEL INDICADOR		**NUMERADOR:** Número de usuarios que respondieron estar bien orientados x 100
		DENOMINADOR: Total de usuarios que se encuestaron en un mes.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR		Mensual.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR No. 004

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	**CÓDIGO DEL INDICADOR : 004**	
	NOMBRE DEL INDICADOR: Satisfacción de la familia del usuario pediátrico frente a los servicios audiovisuales de que dispone en el ICV mientras es atendido.	
	APROBADO POR: Gerente del Instituto Cardiovascular	
	FECHA: 12-05	
OBJETIVO DEL INDICADOR		Lograr EL 100% de satisfacción de la familia del usuario pediátrico frente a los recursos disponibles audiovisuales mientras es atendido en la sala de espera.
RESPONSABLE		Auxiliar de recepción.
FUENTE DE DATOS		Encuesta aplicada a los pacientes que esperan en la sala de espera. Libro de registro de pacientes mensual.
META DEL INDICADOR		**Resultado optimo: 90-95**%
FORMULA DEL INDICADOR		**NUMERADOR:** No de pacientes satisfechos con los medios audiovisuales en un mes x 100.
		DENOMINADOR: Total de pacientes que se encuestaron en la sala de espera en un mes.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR		Mensual.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR No. 005

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	**CÓDIGO DEL INDICADOR :** 005
	NOMBRE DEL INDICADOR: Satisfacción del usuario frente a la atención oportuna.
	APROBADO POR: Gerente del Instituto Cardiovascular
	FECHA: 12-05
OBJETIVO DEL INDICADOR	A través de una medición periódica de tiempo de demora en la sala de espera, identificar si el plan de mejoramiento propuesto está surtiendo resultados positivos para el paciente.
RESPONSABLE	Coordinadora PAMEC
FUENTE DE DATOS	Libro de registro de pacientes atendidos en un mes.
META DEL INDICADOR	Lograr que el 90-95% de los pacientes atendidos demoren 5 minutos o menos en la sala de espera.
FÓRMULA DEL INDICADOR	No. de pacientes atendidos con una demora de cinco minutos o inferior, con respecto a la hora de su cita x 100 --- Total de pacientes atendidos en un mes.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual.

7.2 ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA.

1. Contactar con las directivas de la institución una reinducción a la persona o personas que se encargan de orientar al paciente a los diferentes servicios de la institución, para disminuir la incidencia de usuarios mal orientados .

En ésta reinducción no solamente es importante lo que interesa a la Institución, si no también una capacitación en servicio al usuario, para sensibilizarlo hacia las necesidades de atención.

2. Reunión con los médicos asistenciales de la institución para buscar conjuntamente las causas de demora en la atención a los usuarios, de acuerdo a esto se plantearía la necesidad de mejorar horarios de atención, o incrementar horas de especialista .

3. Disponer de un mecanismo para mantener al paciente informado y documentado, es posible establecer convenios con casas comerciales que suministren éstos medios .En éste punto es importante diseñar una encuesta al usuario para que especifique las preferencias al respecto.

4. Establecer un plan para verificar la efectividad de los sistemas de información con los que cuenta el Instituto Cardiovascular, ya que éstos son pilar importante en la agilidad en la atención al usuario.

7.2.1. Formulación del plan de acción No 1 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 3)

Indicador de Seguimiento: El plan de acción No.1 para el Servicio de atención al Paciente en la Sala de Espera se cuantifica con el Indicador No. 3

PORCENTAJE DE FAMILIAS QUE SE ENCONTRARON BIEN ORIENTADAS**:**

$$\frac{\text{\# de usuarios que respondieron estar bien orientados}}{\text{Total de usuarios encuestados en la institución en un mes.}} \times 100$$

.

7.2.1 FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN No 1 PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA

NOMBRE DEL PROCESO : ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA.

META : LOGRAR QUE EL 100% DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIÁTRICA SE ENCUENTREN BIEN ORIENTADOS.

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
1. Revisar conjuntamente con las directivas de la Institución la elaboración de una ruta de acceso ágil que permita que el paciente se oriente mejor al llegar a la institución.	Coordinadora de PAMEC	Semana del 15 al 30 de Enero. Posteriormente, evaluaciones trimestrales.	En el Instituto Cardiovascular .	Para mejorar la señalización del Instituto Cardiovascular, facilitando el acceso al paciente pediátrico y sus familias.	Observación detallada del estado actual de la señalización, mirando las posibilidades de mejora.

2. Charlas de reinducción con los colaboradores de la institución, para sensibilizarlos de la importancia de orientar al paciente oportuna y eficazmente, pues esto no solo beneficia al paciente si no la eficiencia en el tiempo de atención.	Coordinadora de PAMEC.	Semana del 15 al 30 de Enero. Posteriormente 1 vez al mes.	Instituto Cardiovascular	Para facilitar el proceso de mejoramiento en la orientación al paciente.	Dramatización de los colaboradores de la Institución en donde se den casos de usuarios mal orientados, para obtener propias conclusiones y posteriormente llegar a un acuerdo en la importancia de una buena orientación.
3. Elaborar un diagrama sencillo y entendible de orientación al paciente, para que tenga una guía del camino que debe seguir para ser atendido.	Coordinadora de PAMEC.	Semana del 30 de Enero al 15 de febrero. Posteriormente evaluación trimestral.	En el Instituto Cardiovascular.	Ilustrar al paciente de una manera clara y rápida de los sitios a donde se debe desplazar para ser atendido	Hacer un seguimiento detallado del paciente o si es pequeño de su familia, observando sus preguntas más frecuentes, sobre todo en el momento en que ingresa a la institución, y de acuerdo a esto elaborar el diagrama

7.2.2. Seguimiento al plan de acción No 1 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 3)

ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERÍODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	DIFICULTADES QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
1. Diseñar un video de la Institución que sea interactivo, en donde la orientación al paciente se presente de una manera clara y se le indiquen los pasos a seguir, de acuerdo al examen que le ordenan.			
2. Dentro de las charlas de sensibilización planeadas, incluir una charla mensual, relacionada con e direccionamiento de los pacientes a las diferentes áreas de la Institución.			
3. Así como la Institución se preocupa por presentar un portafolio de servicios a las instituciones prestadoras de Servicios de salud, programar la elaboración de unas instrucciones escritas de direccionamiento hacia las diferentes áreas de la Institución.			

7.2.3. Formulación del plan de acción No 2 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 4)

Indicador de seguimiento: El Plan de Acción No. 2 para el Servicio de Atención al Paciente en la Sala de Espera se cuantifica con el Indicador No. 4.

PORCENTAJE DE FAMILIAS SATISFECHAS CON LOS MEDIOS AUDIOVISUALES:

$$\frac{\#\text{ de familias encuestadas satisfechas con los medios audiovisuales de que dispone el Instituto Cardiovascular mientras su hijo es atendido}}{\text{Total de familias de paciente pediátrico encuestadas que ingresaron a la institución en un mes.}} \times 100$$

7.2.3 FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN No 2 PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA

NOMBRE DEL PROCESO : ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA SALA DE ESPERA.

META :CONSEGUIR QUE EL 100% DE LAS FAMILIAS DEL USUARIO PEDIÁTRICO ESTÉN SATISFECHAS CON LOS MEDIOS AUDIOVISUALES DE QUE DISPONE EL INSTITUTO CARDIOVASCULAR PARA SU CONOCIMIENTO Y ENTRETENCIÓN.

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
1. Reunión con las directivas de la Institución conjuntamente con el publicista , para ver la posibilidad de adelantar un video relacionado con la salud del paciente pediátrico, que sea muy ilustrativo, sencillo, entretenido, y entendible para la familia del paciente pediátrico.	Coordinadora de PAMEC, directivas de la Institución	Semana del 15 de Enero al 15 de Febrero	En el Instituto Cardiovascular	Para mejorar los medios audiovisuales de que dispone el Instituto Cardiovascular como medio de entretención, de orientación y conocimiento.	Con la colaboración del publicista, elaborar un video para mostrar a las familias y a los pacientes pediátricos, con animación infantil, que sea muy entendible, que permita entender la enfermedad del corazón, los cuidados que se requieren, y otros.

2. Elaborar un folleto entendible por la familia del paciente pediátrico, en donde muestre por escrito, las conclusiones y los dibujos que se ilustran en el medio audiovisual, para que tenga como material de consulta.	Publicista, con la ayuda del especialista cardiólogo.	Semana del 15 de enero al 15 de febrero, con evaluaciones trimestrales, para verificar la satisfacción del usuario.	En el Instituto cardiovascular .	Para entregar a la familia del paciente pediátrico un folleto ágil y entendible que le permita consultar sobre la enfermedad de su familiar y a donde recurrir en caso de alguna urgencia.	Diseño del folleto adecuado, con la ayuda científica del especialista cardiólogo.
3. Mantener actualizado el folleto trimestralmente, sobre pequeños avances en el campo de la cardiología pediátrica para conocimiento de la familia del paciente y hacerlo visible con un afiche en la cartelera del Instituto Cardiovascular .	Coordinadora de PAMEC, Publicista encargado.	Semana del 1 al 15 de febrero.	Sede del Instituto Cardiovascular altico.	Aportar permanentemente al conocimiento de la familia del paciente pediátrico en temas de actualidad cardiovascular.	Conjuntamente con el publicista, diseñar un espacio de actualidad para complementar y alimentar al folleto permanentemente.

7.2.4 Seguimiento al plan de acción No 2 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 4)

ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
1. En el video que se planea elaborar para el servicio de atención al paciente en la sala de espera, se deberán incluir también los servicios de que dispone el Instituto y aportes relacionados con el funcionamiento del corazón.			
2. De acuerdo a la revisión mensual de la encuesta de satisfacción del usuario relacionada con los medios audiovisuales, discutir las sugerencias de los pacientes para implementar las aquellas que tengan mayor demanda.			

7.2.5. Formulación del plan de acción No 3 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 5)

Indicador de seguimiento: El Plan de Acción No. 3 se cuantifica con el Indicador de Seguimiento No. 5.

PORCENTAJE DE USUARIOS CON UNA ATENCIÓN EN LA SALA DE ESPERA INFERIOR A CINCO MINUTOS, DESDE LA HORA DE ASIGNACIÓN DE LA CITA

$$\frac{\text{\# de pacientes que esperaron 5 minutos o menos desde la hora de asignación de la cita}}{\text{Total de pacientes que ingresaron a la institución en un mes.}} \times 100$$

7.2.5 FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN No 3 PARA EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA

NOMBRE DEL PROCESO: ATENCIÓN AL PACIENTE CARDIOVASCULAR EN LA SALA DE ESPERA.

META: CONSEGUIR QUE EL 100% DE LOS PACIENTES DEMOREN MENOS DE CINCO MINUTOS EN LA SALA DE ESPERA.

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
1. Elaborar un cronograma de reuniones con los especialistas de la Institución, y con las directivas de la misma para informar y establecer conjuntamente la posibilidad de modificar horarios de consulta para no sobrecargar el servicio de cardiología, sobre todo en horas de la mañana.	Directivas de la Institución, Coordinadora de PAMEC.	Semana del 15 de Enero al 15 de Febrero. Posteriormente, de acuerdo a cronograma.	En el Instituto Cardiovascular.	Con éste cronograma se disminuiría la sobrecarga del servicio de cardiología pediátrica en horas determinadas y el paciente tendría que esperar menos tiempo en la sala de espera.	Estableciendo exactamente las horas pico en la atención a los pacientes y teniendo en cuenta la comodidad en el horario para la atención del paciente pediátrico .

2. Replantear la posibilidad de asignar turnos cada 15 minutos para dos pacientes pediátricos, para disminuir su tiempo de espera en la sala , pues actualmente se citan al tiempo 4 o 5 pacientes y los últimos en ser atendidos son los más afectados en la sala de espera.	Trabajo conjunto del especialista cardiólogo pediatra, Coordinadora de PAMEC y la auxiliar de enfermería,	Semana del 15 al 30 de Enero. Posterior revisión trimestral.	Instituto Cardiovascular.	Para disminuir el tiempo de espera en la sala mientras es atendido para la práctica del procedimiento.	Iniciar asignando las citas de a dos pacientes cada 15 minutos, observando el tiempo de demora del segundo paciente mientras se atiende al primero.

3. Revisar conjuntamente con las directivas de la institución la posibilidad de analizar antecedentes del paciente, teniendo en cuenta el protocolo de Historia Clínica, y analizando parámetros individuales de atención para cada uno de los pacientes pediátricos.	Coordinadora PAMEC, enfermera, Especialista cardiólogo adulto y pediatra	Semana del 15 de febrero al 15 de marzo. Posteriormente reuniones trimestrales para verificar efectividad en éste direccionamiento.	Instituto Cardiovascular	Para agilizar la atención al paciente.	Revisión del protocolo de atención a los pacientes adultos y pediátricos en el área de cardiología y análisis de los tiempos y movimientos para cada una de las actividades.

7.2.6. Seguimiento al plan de acción no 3 para el servicio de atención al paciente en la sala de espera (Indicador No 5)

ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERÍODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
1. Efectuar un estudio de tiempos y movimientos hasta lograr estandarizar el tiempo promedio que usualmente tarda el paciente en la sala de espera mientras le es practicado su examen, a partir de la hora en que solicitó la cita, y registrar este tiempo.			
2. Determinar los factores que ocasionan demora en la atención.			
3. Elaborar los planes de contingencia necesarios de acuerdo a los factores que ocasionan demora en la atención en la sala de espera.			
4. Elaborar un cronograma de seguimiento a los planes de contingencia, para verificar la efectividad de los mismos.			

7.3 PLAN DE MEJORAMIENTO CLIENTE INTERNO

Como parte de las estrategias de mejoramiento para el Instituto Cardiovascular, se tendrá en cuenta al cliente interno como el principal gestor de las actividades a desarrollar facilitando así el cumplimiento de los objetivos propuestos.

De acuerdo a reunión efectuada el 14 de Octubre del año 2005, se aprobaron planes de acción encaminados a satisfacer con incentivos el esfuerzo, dedicación y empeño de los colaboradores, una vez se reflejen los resultados de este plan de mejoramiento. (Ver anexo # 5).

8. AUDITORIA INTERNA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD INSTITUTO CARDIOVASCULAR

8.1 Planeación.

La auditoria se planeará como un proceso permanente y sistemático de verificación del logro de los objetivos propuestos para cada uno de los cinco indicadores que facilitan el mejoramiento permanente, mediante la cultura del autocontrol. En ésta etapa de planeación es fundamental trabajar simultáneamente la capacitación con los colaboradores del Instituto Cardiovascular

a. Se elaborarán listas de chequeo tendientes a facilitar el proceso de verificación de cumplimiento de actividades. (ver anexo # 4)
b. Se analizará la calidad esperada, con la ayuda de las herramientas de los indicadores de medición que se efectuarán mensualmente.
c. Se verificará el cumplimiento en la diligencia estadística mensual, correspondiente a los cinco indicadores encontrados:

- Satisfacción de la familia del usuario pediátrico frente a la información recibida.
- Satisfacción del usuario frente a seguimiento telefónico.
- Efectividad en el direccionamiento del usuario a las diferentes áreas del Instituto Cardiovascular.

- Satisfacción de la familia del usuario pediátrico frente a los servicios audiovisuales de que dispone en el Instituto Cardiovascular mientras es atendido.
- Satisfacción del usurario frente al tiempo de demora en la sala de espera.

d. En algunas oportunidades el auditor interno verificará personalmente el buen diligenciamiento de las encuestas de satisfacción del usuario y propiciará comunicación con la persona encargada de encuestar, para determinar inconsistencias o ratificar la buena aplicación de la encuesta.

e. Dependiendo del resultado encontrado en cada indicador, mediante un control mensual y por lo menos 4 o cinco evaluaciones, se darán las recomendaciones correspondientes que permitan que el indicador llegue a su punto óptimo, o por lo menos cercano a él.

f. Se establecerán cinco nuevas mediciones de los indicadores, posterior al anterior control para observar los resultados encontrados después de las recomendaciones.

g. Se estandarizarán los indicadores como instrumento permanente de medición y autocontrol en el servicio al paciente.

h. Se verificará una vez cada seis meses el buen desempeño del programa de mejoramiento en cuanto a éstos cinco indicadores estandarizados.

i. Se encontrarán nuevos procesos dentro de la Institución que deban ser mejorados con la consecución de nuevos indicadores de medición.

j. Se establecerá un cronograma de comités para socializar el funcionamiento del PAMEC y escuchar propuestas.

8.2 EJECUCIÓN.

En la ejecución se pondrá en operación todo el plan propuesto en la planeación de la auditoria interna, determinando detalladamente los problemas que se encuentren, buscando alternativas de solución a los mismos para permitir el buen funcionamiento del programa.

Se escuchará la voz del cliente tanto interno como externo como ayuda significativa y alternativas de solución.

8.3 VERIFICACIÓN.

Se validará la ejecución de la operación y se analizarán los resultados encontrados gracias a los hechos y datos recogidos.

8.4 ACTUAR.

Se pondrá en práctica lo sugerido en la planeación, en cuanto a correcciones o cambios en la meta si no se logra el objetivo propuesto.

9. RESULTADOS DISEÑO DEL "PAMEC" PARA EL INSTITUTO CARDIOVASCULAR

Como resultado de la identificación de los procesos prioritarios y posterior análisis de las dificultades encontradas, se pudo establecer un plan de mejoramiento y unos indicadores de medición que permitirán evaluar y hacer seguimiento mensual a cada una de las actividades para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se involucró a los colaboradores en el Diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, participando activamente en la formulación de los planes de acción, nombrando cargos responsables del desarrollo de las actividades para una futura implementación con un gran sentido de compromiso e interés.

Se pudo establecer la necesidad de una permanente capacitación para los colaboradores de la Institución, en temas de servicio al paciente y en temas específicos asistenciales.

Los indicadores de mejoramiento de la calidad de la atención en salud son específicos para cada centro asistencial al paciente, pues depende de sus procesos, su misión y visión .

10. DISCUSIÓN

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud forma parte de los lineamientos que son de carácter obligatorio de acuerdo al decreto 1011 del 2006 del Ministerio de Protección Social en Colombia, sin embargo la cotidianidad y rutina laboral impiden que éste programa sea meta prioritaria dentro de las Instituciones que prestan Servicios de Salud en nuestro país, así mismo la ausencia específica de presupuesto para éstos programas hace que se prolongue más el momento de diseñar, implementar y poner en marcha el programa.

A nivel nacional la implementación del PAMEC ha avanzado considerablemente en entidades de salud pioneras que han tenido más de 20 años de trayectoria institucional, mostrándose como líderes en programas de calidad, razón por la cual el trabajo específico hacia el paciente se da con menor dificultad pues ya existe alguna experiencia.

En el departamento del Huila, el ejemplo de estas entidades y el esfuerzo que la Secretaría de Salud Departamental ha hecho para socializar e implementar éste programa, ha permitido concientizar a las Entidades del Sector Salud logrando un buen inicio en el Diseño e Implementación del PAMEC. Sin embargo se deberían ampliar esfuerzos en la divulgación de dicho programa unido a un acompañamiento y vigilancia permanente.

En el caso específico del Instituto Cardiovascular, el diseño del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud ha sido una experiencia valiosa y con un gran aporte no sólo hacia la atención al paciente sino también como mecanismo para lograr sinergia entre los colaboradores de la Institución, pues la cotidianidad en el trabajo diario de atención y la rutina hace

que éstos planes no se tengan en cuenta, situación que a partir del decreto en mención direcciona a las empresas del sector salud a la cultura de la calidad en el servicio al paciente.

Aún así, se hace necesario establecer una fase inicial efectuando reuniones de sensibilización hacia la prestación del servicio para que sea más ágil iniciar la socialización de lo que significa el PAMEC.

El diagnóstico inicial de la situación de Servicio en Salud de la Institución, permitió detectar fácilmente momentos de verdad en la atención al paciente y conjuntamente con los colaboradores, directivas de la Institución y encuestas de opinión para establecer los planes de mejoramiento pertinentes.

El diseño del PAMEC ha permitido ordenar las ideas que en un principio se tenían como base de un mejoramiento en el servicio del Instituto Cardiovascular, con unos lineamientos claros establecidos y la organización al detallar claramente las causas de las dificultades encontradas y los planes de acción correspondientes que no solamente incluyen los eventos si no los responsables con un cronograma detallado de fechas, esperando en la futura implementación dar el cumplimiento acordado.

Los Indicadores de gestión que se determinaron para efectuar la medición permanente del mejoramiento continuo permiten hacer una evaluación y un seguimiento del día a día de lo planeado. Al efectuar éstas mediciones periódicamente se van a poder detectar cambios en la meta y determinar a tiempo la efectividad del indicador de acuerdo a los resultados de las mediciones.

Los colaboradores responsables de las actividades deberán ser muy cuidadosos al anotar diariamente en el libro de estadística los usuarios atendidos y en verificar permanentemente el buen diligenciamiento de las encuestas de satisfacción del usuario, para elaborar eficientemente la estadística correspondiente, la cual deberá ser clara y concisa pues constituye la base para un indicador fiable.

Este trabajo adicional puede generar en los colaboradores expectativas positivas si se encausa el trabajo hacia una motivación que se refleje no solamente en retribución económica si no también en reconocimiento personal, tal y como se especifica en la propuesta de incentivos de la Institución.

A raíz de las dificultades encontradas, se propuso también mejorar los pasos necesarios para la atención en los diferentes servicios que ofrece la Institución, encontrando más fluidez en los diagramas de flujo y dando importancia a procesos que en un principio no fueron relevantes en el servicio, ejemplo el servicio específico de atención al paciente en el momento de orientarlo a las diferentes áreas de la institución.

Normalmente la persona se limita a dar importancia a la atención como tal en el procesamiento específico de su examen solicitado, sin tener en cuenta que no solamente cuenta la calidad en el examen si no también la atención integral desde el momento en que ingresa a la Institución. Así las fallas encontradas reflejan el desinterés que hasta el momento se ha prestado a éste proceso.

En cuanto al papel de la Auditoría Interna de la Institución, la verificación del logro permanente de los objetivos permitirá rendir un informe claro y detallado a las directivas, logrando un avance considerable en la calidad en el Servicio.

Sería pertinente de acuerdo a la experiencia adquirida al diseñar éste Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que la Secretaría de Salud Departamental estableciera un cronograma de acompañamiento más frecuente a las Instituciones del sector salud, a manera de Auditoría externa con el objetivo de lograr una retroalimentación permanente del proceso, establecer fortalezas y debilidades en el diseño e implementación de éstos programas y buscar futuras oportunidades de investigación en el comportamiento de éstos planes no sólo a nivel departamental si no también a nivel nacional.

11. CONCLUSIONES

1. El diseño del programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud (PAMEC) para el Instituto Cardiovascular representa una valiosa herramienta en el diseño de planes de mejoramiento continuo para la Institución, denotando la importancia que éstos planes tienen como apoyo administrativo al visualizar de una manera cuantitativa de acuerdo a los indicadores de gestión las fallas que se presentan en la prestación del servicio y la posibilidad de corrección de las mismas.

2. El establecer los procesos prioritarios y los Servicios de la Institución que requieren planes de mejoramiento, es un ejercicio en el que se aprendió a analizar la situación actual del Instituto Cardiovascular en cuanto a la atención que se brinda al paciente, analizando detalladamente las causas de los problemas, para luego buscar los posibles correctivos encaminándolos a planes de mejoramiento detallados y específicos a las necesidades de la Institución.

3. Los Indicadores de Gestión permiten cuantificar exacta y detalladamente la situación actual en la atención de los servicios seleccionados. Se espera que una vez establecidos los correctivos, la herramienta facilite la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, encontrando que se puede mejorar paso a paso hasta lograr la meta que se espera de cada indicador de medición.

4. Los planes de acción que se generaron para establecer actividades, fechas, sitios y responsables dan una organización al plan de mejoramiento, permitiendo efectuar un seguimiento detallado y ordenado de los eventos y detectan de una manera oportuna fallas en el cumplimiento de lo previsto para que puedan ser corregidas a tiempo.

5. El seguimiento que se plantea para cada uno de los planes de acción que se diseñaron, permite visualizar ágilmente las actividades ejecutadas por cada período y llevar una relación de inconvenientes presentados para tomar la conducta pertinente.

6. El involucrar a los colaboradores de la Institución en el diseño del PAMEC, generó un sentido de compromiso y responsabilidad. Allí quedaron planteados los lineamientos y los cargos responsables de acuerdo a iniciativas grupales y personales y éstos constituyeron un valor agregado al resultado de establecer los planes de mejoramiento permanente, donde no solamente es importante el trabajo operativo como tal si no también un trabajo con proyección en donde se aplican conocimientos estadísticos de servicio que motivan a las personas a investigar y adelantar estudios de calidad para más adelante ser activos facilitadores de procesos.

7. La auditoría Interna de la Institución juega un papel importante como verificador del logro de los objetivos propuestos en el plan de mejoramiento. Así mismo es su responsabilidad facilitar la cultura del autocontrol y generar capacitación continua y permanente.

12. RECOMENDACIONES

1. Una vez diseñado el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el Instituto Cardiovascular, es pertinente implementarlo, teniendo en cuenta los lineamientos planteados ya que éstos constituyen la base para su buena ejecución.

2. Se debe tener en cuenta la sensibilización de los colaboradores de la Institución hacia el desarrollo de éste programa para lograr un buen inicio en la implementación de planes de mejoramiento, pues a pesar de que permanentemente se hace énfasis en la calidad en la atención y en el servicio, se nota la necesidad de generar un ambiente de calidad al igual que hacer énfasis en la importancia de mantener una continua y permanente comunicación sobre situaciones que se presenten en el transcurso de la ejecución, pues no todo está previsto y la retroalimentación permite tomar planes de acción oportunos .

3. Es indispensable efectuar una revisión semestral de los procesos que se llevan a cabo en el Instituto Cardiovascular para estandarizar cualquier modificación que se presente, lo cual suele ser muy frecuente por el desarrollo de nuevas tecnologías de trabajo o adquisición de equipos que ameritan una permanente actualización.

4. Se deben Implementar estrategias de capacitación en temas de calidad, permitiendo que los colaboradores de la Institución se actualicen con criterio, generando también un estímulo al facilitar su desarrollo personal.

5. Es necesario conseguir mediante éste programa una motivación hacia el tema de la calidad total, para trabajar en otras áreas de la organización que ameritan un trabajo de mejoramiento al igual que en la atención al paciente.

6. Se deberán planear reuniones periódicas con otras instituciones del sector salud que trabajan en el área cardiovascular para socializar las experiencias encontradas y conseguir conjuntamente mejorar la calidad en la atención de todo el sector.

BIBLIOGRAFÍA

MÉNDEZ, Rafael. Formulación y Evaluación de Proyectos,2004.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Normas Colombianas para la presentación de trabajos de Investigación. Quinta Actualización.
Santa Fe de Bogotá D.C ICONTEC,2002.

MANUAL DE HABILITACIÓN SECTOR SALUD. Secretaría de Salud Departamental.2003

DECRETO 2309 del 2002 artículos 36, 37, 38 y 39.Ministerio de Protección Social.

CHABENATO, Adalberto. Fundamentos de Administración. 2001

DOCUMENTOS DE CONSULTA EN LOS BUSCADORES DE INTERNET.
DOCUMENTOS DE GUÍA PARA TEMAS DE INTERNET, 2005.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO, 2000 OMS, Ginebra Suiza.

GONZÁLEZ, Dagnino, Calidad Total en Atención Primaria en Salud. Madrid. 1994

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría Para el Mejoramiento de la Atención en Salud.
República de Colombia.

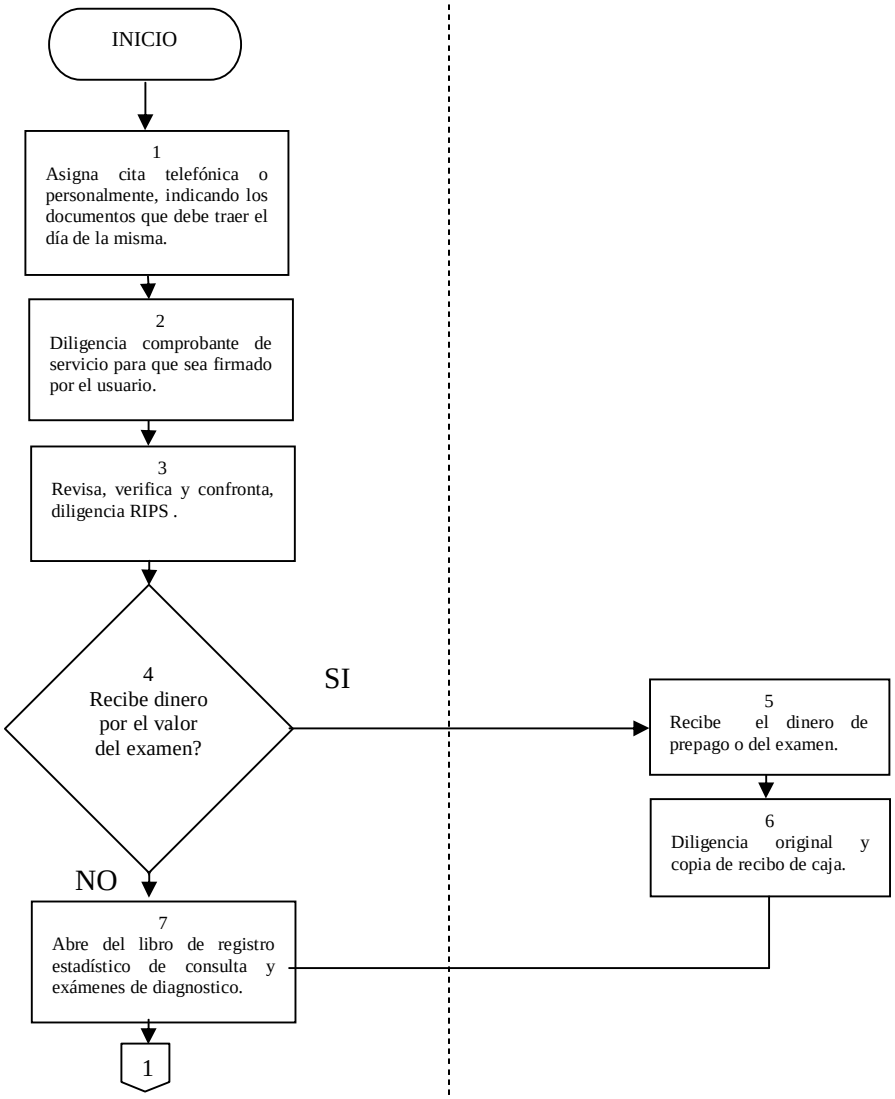
DECRETO 1011 del 3 de Abril del 2006, Artículos 32,33,34,35,36,37 y 40. Ministerio de protección Social.

Anexo 1. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO INICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO	CÓDIGO: 001 PAGINA: 1 DE 2

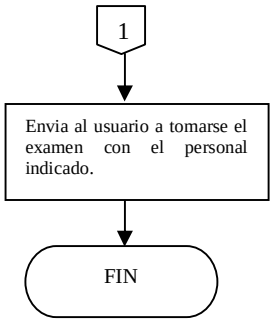
FLUJOGRAMA

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO INICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO	CÓDIGO: 001 PAGINA: 2 DE 2

FLUJOGRAMA	
RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO



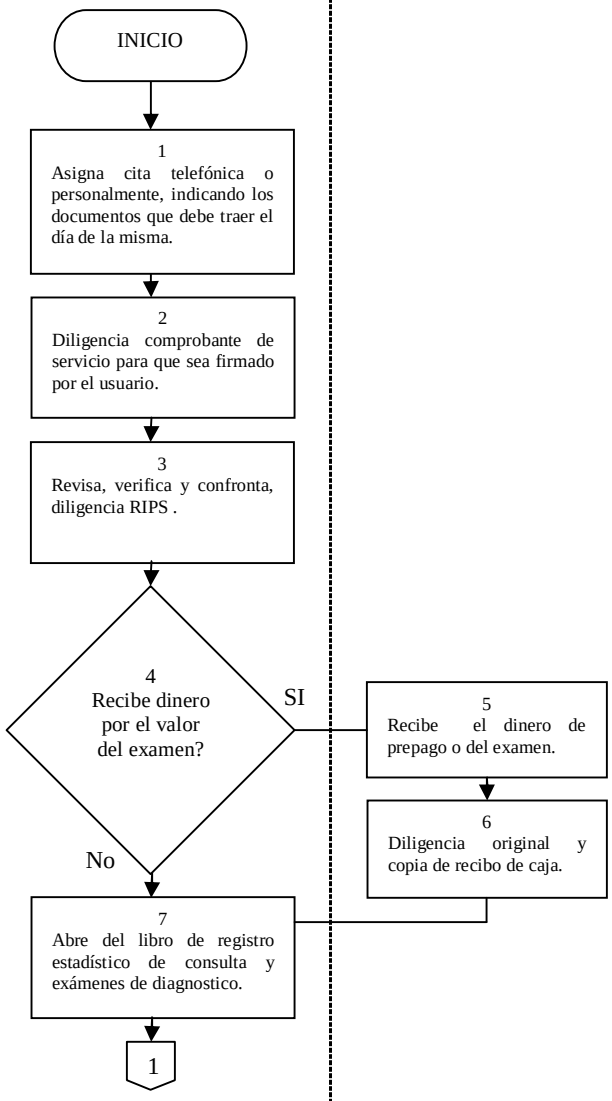
PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO
COD- 001
DETALLE DE ACTIVIDADES

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se responde la solicitud directa o telefónica tanto para consulta como para procedimientos diagnósticos, asignando la cita correspondiente, e informando de acuerdo al examen, en qué condiciones debe asistir.	recepcionista	En el momento en que el paciente llama o acude directamente al Instituto Cardiovascular	En la sede del instituto cardiovascular, telefónicamente o directamente	Verificando en los libros de asignación de citas para cada especialidad la disponibilidad de horario y de Fecha	Teléfono.
2. Recibe al paciente para direccionarlo a la recepción y se le orienta de acuerdo al examen.	Portero	Cuando el paciente ingresa a la institución	En la puerta de entrada	Dándoles la indicación correspondiente del sitio al que se debe dirigir	No aplica.
3. Se diligencia la hoja de procesamiento del examen.	recepcionista	Cuando el paciente está en la sala de espera	En el área de recepción	Diligenciando el formato de ecocardiograma	Formato para reporte del examen.
4.Direccionamiento para la consulta o toma del examen cardiovascular correspondiente	La recepcionista	Cuando ha finalizado la digitación de su RIPS correspondiente	En la recepción del Instituto cardiovascular	Suministrando información del área o sala dónde se le practicará su procedimiento o donde atenderá consulta	No aplica.

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA ADULTO	CÓDIGO: 002 PAGINA: 1 DE 2

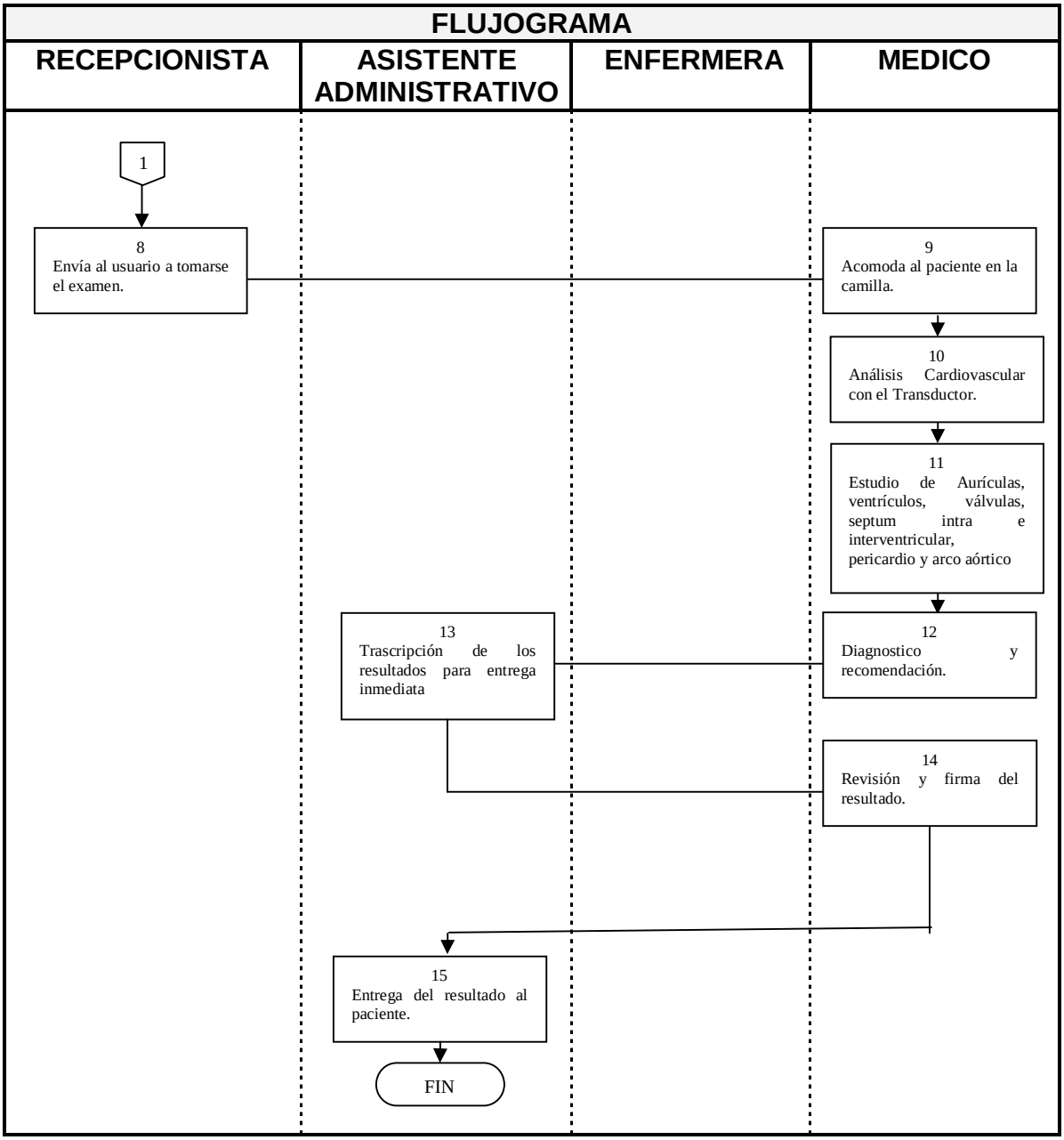
FLUJOGRAMA

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MEDICO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA ADULTO	CÓDIGO: 002 PAGINA: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN ECOCARDIOGRAFÍA ADULTO
COD- 002
DETALLE DE ACTIVIDADES

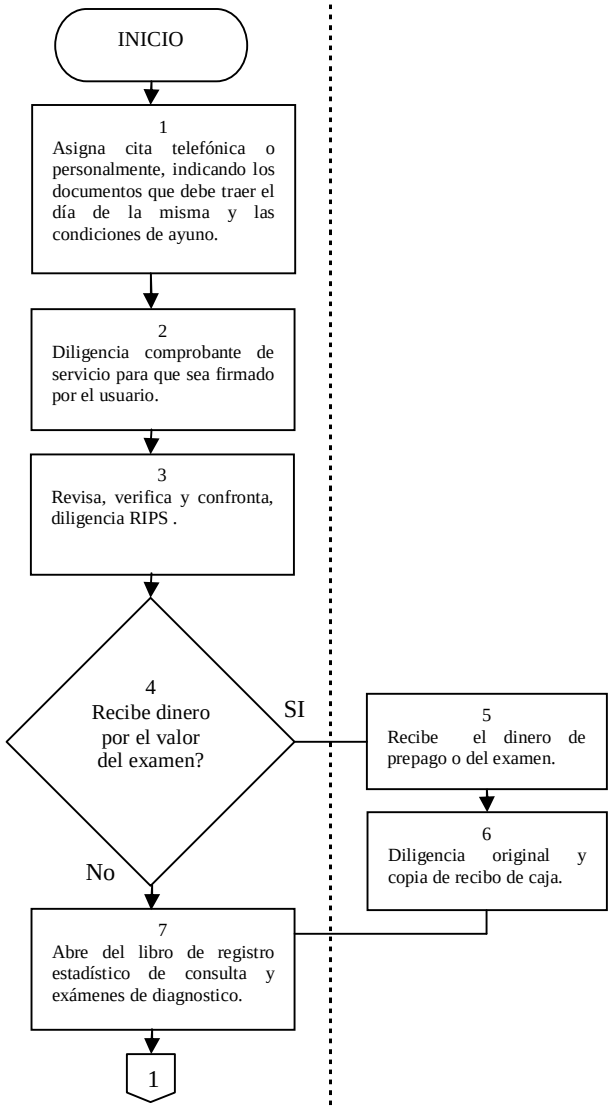
QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se direcciona al paciente a la sala donde le tomarán su examen	La recepcionista	Después del diligenciamiento del RIPS y del formato de trascripción del resultado	En la recepción	Informando al paciente del sitio donde le tomarán su examen	No aplica.
2. El paciente ingresa al consultorio	la enfermera	Cuando llega al consultorio	Directamente en el consultorio	Informándole de la forma como se va a llevar a cabo el procedimiento	No aplica.
3. El paciente se desnuda de la cintura hacia arriba, si es mujer se coloca un delantal de apuntar adelante.	la enfermera	Cuando entra al consultorio	En el baño acomodado como vestier que utilizan los pacientes	Direccionándolo y explicándole de la forma como se va a llevar a cabo el procedimiento	Enfermera y bata correspondiente para la toma del examen.
4. El paciente se acuesta en la camilla y se efectúa el análisis cardiovascular con el transductor	El especialista cardiólogo	Cuando el paciente se encuentre en posición horizontal y dispuesto a la toma del procedimiento	Directamente en la camilla en el consultorio de toma de ecocardiografías	Se hace un estudio completo y detallado de aurículas, ventrículos, válvulas, séptum intra e interventriculares, pericardio y arco aórtico	El ecocardiógrafo.
5. El especialista efectúa el diagnóstico después de la visualización y hace las recomendaciones correspondientes	El especialista cardiólogo	Cuando termine de realizar el estudio completo y detallado	Directamente en el consultorio de ecocardiografía	Se escribe el resultado en la hoja de registro de ecocardiografía del usuario y se hacen las recomendaciones correspondientes	Hoja de registro

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
6. Se orienta al paciente ayudado por la enfermera para dirigirse al vestier.	La enfermera	En el momento en que se termina la ejecución del procedimiento	Directamente en el consultorio de ecocardiografia y posteriormente en el vestier.	Se le indica y se le ayuda a que se levante de la camilla.	Camilla y escalerilla.
7. El especialista entrega el borrador del resultado para que sea transcrito por la secretaria, mientras el paciente espera en la sala de recepción la entrega inmediata de su resultado	Coordinación del especialista y la secretaria, para la transcripción y revisión del resultado	Cuando es entregado a la secretaria para su transcripción y posterior revisión	En la oficina de la secretaría	Se efectúa una transcripción del resultado y se revisa por el especialista	Computador
8. Entrega del resultado al paciente, solicitándole que firme el libro de entrega de resultados	Secretaria	Cuando se termina de transcribir	En la oficina de la secretaria	Se le hace entrega de su resultado y se le orienta hacia donde debe dirigirse después de la entrega de su resultado.	Libro de registro y entrega de resultados.

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIATRICA	CÓDIGO: 003 PAGINA: 1 DE 2

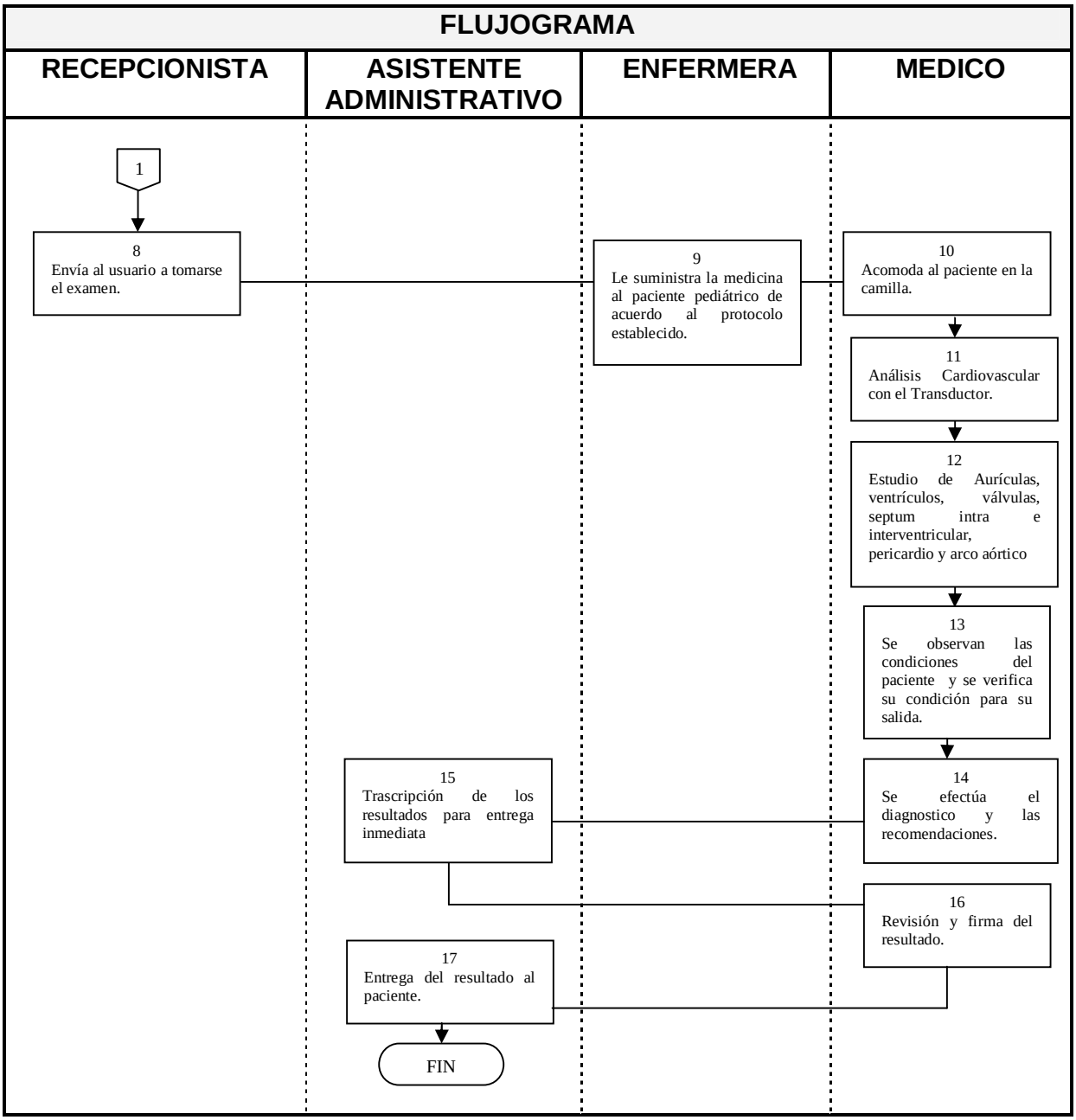
FLUJOGRAMA

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MEDICO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ECOCARDIOGRAFÍA PEDIATRICA	CÓDIGO: 003 PAGINA: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN ECOCARDIOGRAFÍA PEDIATRICA
COD- 003
DETALLE DE ACTIVIDADES

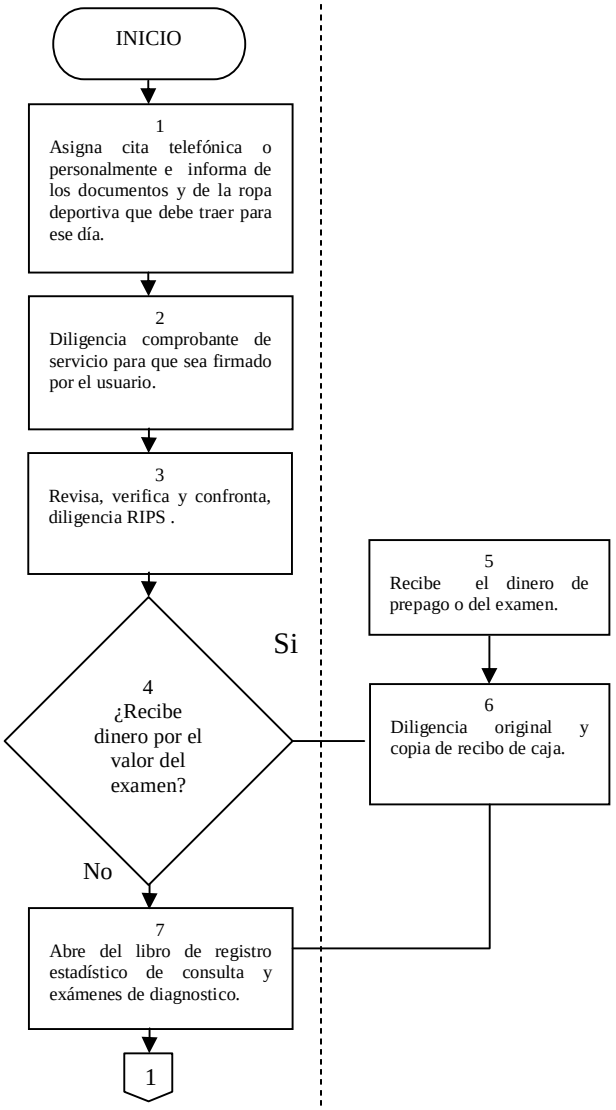
QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se recibe llamada telefónica o se atiende directamente al paciente para asignar la cita informando de un ayuno de tres horas el día del procedimiento	La recepcionista	Cuando el familiar del paciente llama o solicita la cita directamente.	En la Recepción.	Información al familiar del paciente sobre las condiciones para asistir a la practica de su examen.	Teléfono.
2. Ingreso a la institución y recepción de la documentación correspondiente para verificar derechos de prestación del servicio.	La Recepcionista.	Cuando ingresa a la recepción.	En el área de la recepción.	Solicitando y revisando la documentación correspondiente	Documento de la autorización del servicio.
3. Se prepara y suministra la medicación de acuerdo al peso del paciente.	La Enfermera	Posterior a la preparación del medicamento.	En la Recepción.	Se ofrece el medicamento al paciente pediátrico, verificando que lo haya ingerido completamente.	

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
4. Se direcciona al paciente a la sala de toma del examen.	La enfermera	Cuando el paciente este dormido.	En la sala de la recepción.	Llevando directamente al paciente a la sala de ecocardiografía	No aplica.
5. Se acuesta al paciente en la camilla.	La enfermera	Cuando ingresa a la sala de toma del examen.	En la sala de toma del examen.	Acostándolo en la camilla y verificando su buena posición.	No aplica.
6. Se le toma al paciente el examen.	Médico Cardiólogo pediatra.	Cuando el paciente se encuentra en la camilla.	Directamente en la camilla.	Efectuando análisis cardiovascular de aurículas, ventrículos, válvulas, setum intra e Inter. Ventriculares, pericardio y arco aortico.	Transductor pediátrico.
7. Se indica a la familia del paciente pediátrico que puede esperar en la recepción mientras se le es entrega el resultado de su examen.	Cardiólogo pediátrico.	Cuando ha finalizado el procedimiento.	En la sala de ecocardiografía pediátrica.	Reportando y entregando el resultado correspondiente.	Hoja de entrega del resultado.

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE PRUEBA DE ESFUERZO	CÓDIGO: 004 PÁG.: 1 DE 2

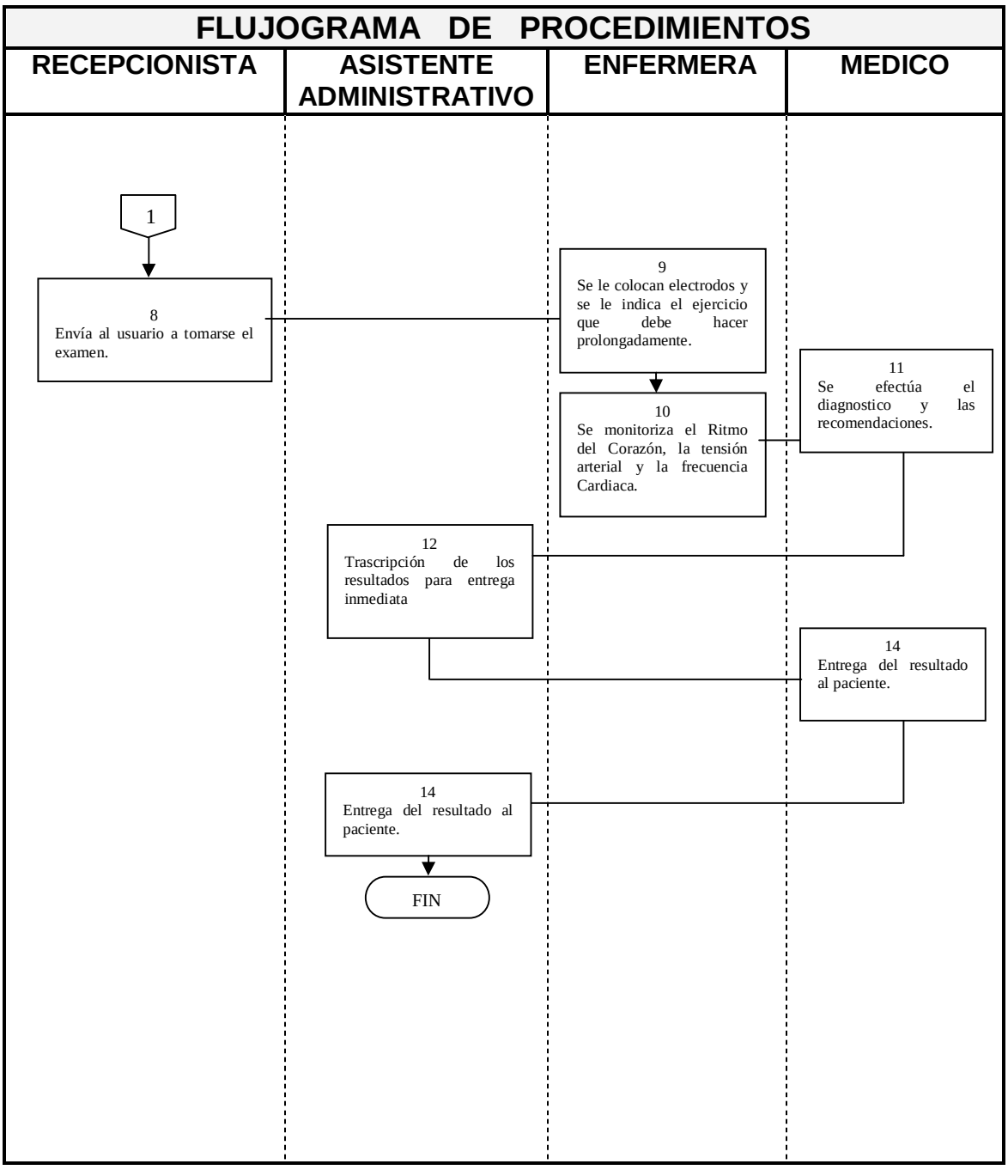
FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTOS

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MEDICO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE PRUEBA DE ESFUERZO	CÓDIGO: 004 PÁG.: 2 DE 2

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTOS



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN PRUEBA DE ESFUERZO
COD – 004
DETALLE DE ACTIVIDADES

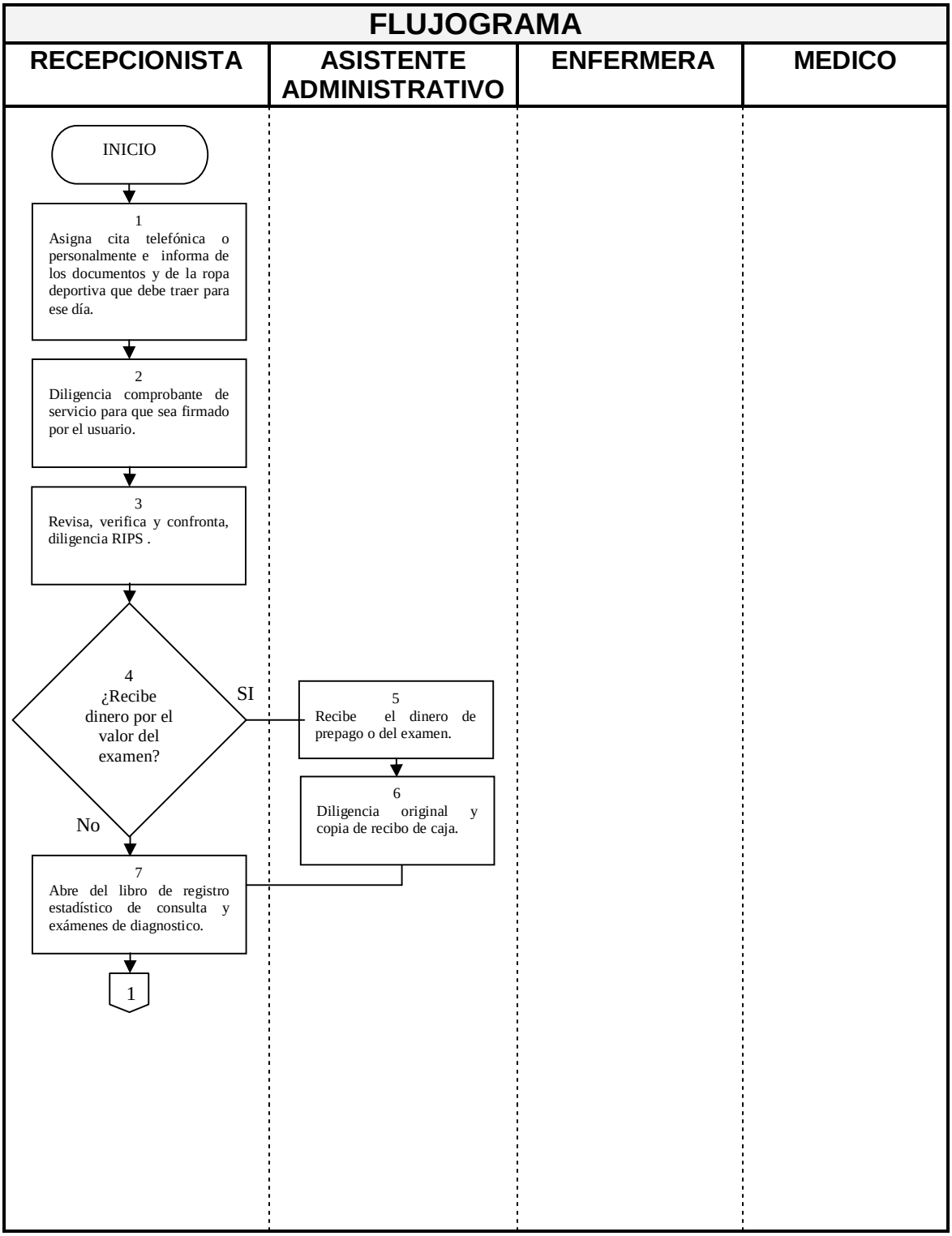
QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se direcciona al paciente a la sala de holter.	La secretaria	Posterior al diligencia-miento del formato de RIPS y transcripción del resultado	En la recepción	Orientando y direccionando al paciente a la sala de toma de prueba de esfuerzo	No aplica.
2. Se direcciona al paciente al sitio donde se debe cambiar para la posterior práctica del examen	La enfermera	Posteriormen-te al direcciona-miento por parte de la secretaria	Directamente en la sala de prueba de esfuerzo	Con la información correspondiente sobre el cambio de ropa, indicándole que es un ejercicio físico que requiere comodidad para que los resultados del paciente sean los más cercanos a la realidad de su funcionamiento cardiovascular.	No aplica.

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
3. Se le colocan al paciente los electrodos de medición y monitorización del ritmo del corazón.	La enfermera	Posteriormente al cambio del paciente en la sala de cambio de ropa	En la sala donde le practicarán la prueba de esfuerzo	Colocándole los electrodos en el tórax	Los electrodos que el paciente necesita para su monitorización
4. Se le indica al paciente que se ubique en la banda de prueba de esfuerzo.	La enfermera	Posterior a la postura de los electrodos	En la sala donde le practicarán la prueba de esfuerzo	Lo ayuda a subirse en la banda , le indica que se apoye en los pasamanos y que cuando la banda empiece a funcionar, él debe caminar al ritmo de la banda hasta cuando resista físicamente	La banda de prueba de esfuerzo.
5. Se pone en funcionamiento la prueba de esfuerzo con la vigilancia médica , y simultáneamente el paciente realiza ejercicio de caminar , con la vigilancia permanente del médico y la enfermera.	La enfermera y el médico	Posteriormente a la puesta en funcionamiento de la banda de prueba de esfuerzo	Sobre la banda de la prueba de esfuerzo se hace seguimiento al paciente, la enfermera y el médico están al lado del paciente en permanente vigilancia	Observando detalladamente el manejo de la banda por parte del paciente, sus reflejos, para que el resultado sea acertado.	La banda de prueba de esfuerzo.

QUE HACE	QUIEN HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
6. Se monitoriza en el paciente el ritmo del corazón y la frecuencia cardiaca	El médico especialista	En el momento en que se le está practicando la prueba de resistencia en la banda de prueba de esfuerzo	En la sala de procedimiento de prueba de esfuerzo	Visualizando en la pantalla los cambios eléctricos en la medida que el paciente hace el ejercicio	La pantalla donde se reflejan los cambios en el paciente relacionados con el ejercicio.
7. Se ayuda al paciente a bajar de la banda de prueba de esfuerzo	La enfermera	En el momento en que el paciente termina la práctica de su examen.	En la sala de procedimiento de la prueba de esfuerzo	Indicándole al paciente de la finalización de la práctica	No aplica.
8. Se le indica al paciente que se dirija a la sala de espera mientras le es entregado su resultado	La asistente administrativa	Cuando el paciente se ha vestido y se dirige a la recepción para obtener información	En el área de recepción	Indicándole el tiempo de demora en la entrega de su resultado	No aplica.

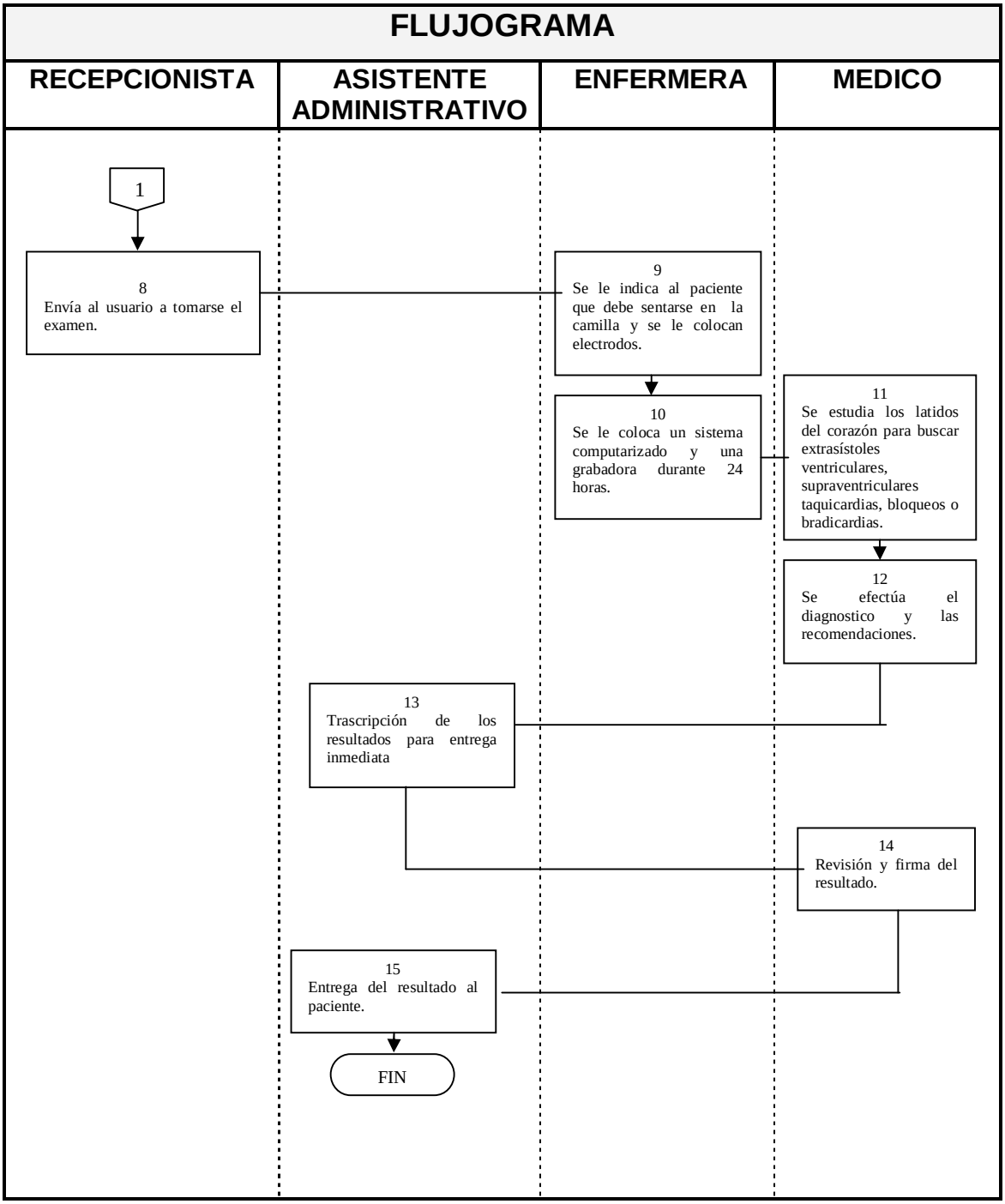
INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE TEST DE HOLTER	CÓDIGO: 005 PAG: 1 DE 2

FLUJOGRAMA



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE TEST DE HOLTER	CÓDIGO: 005 PÁG.: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



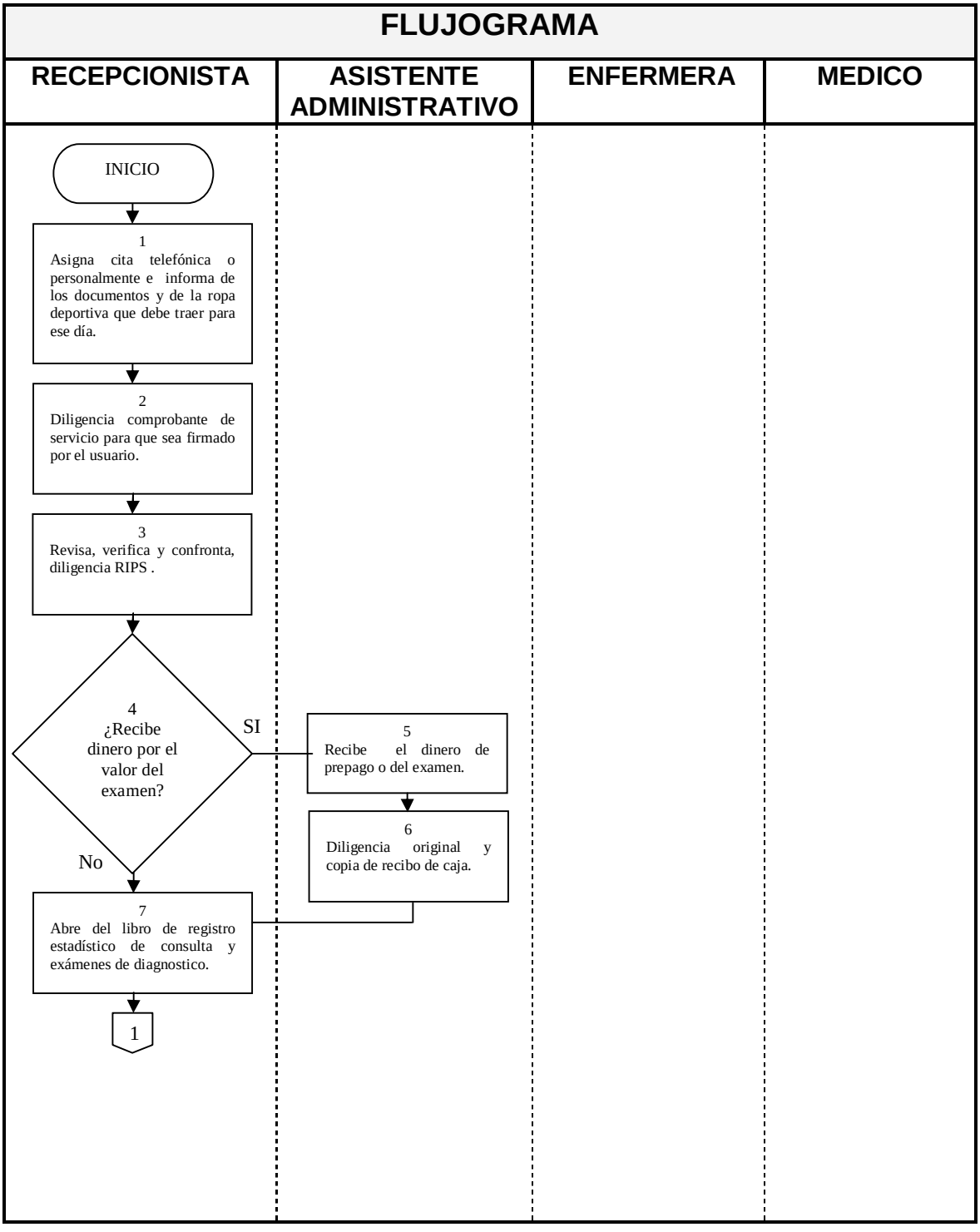
PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO TEST DE HOLTER
COD – 005
DETALLE DE ACTIVIDADES

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO LO HACE	RECURSO
1. Se orienta al paciente hacia la sala de holter	La recepcionista	Posteriormente a la elaboración de la planilla de reporte de resultados y de inclusión del RIPS dentro del sistema	En la recepción	Conversando directamente con el paciente	No aplica.
2. Se colocan los electrodos.	La enfermera	En el momento en que se dirige hacia la sala de holter donde le van a practicar el procedimiento	En la sala de holter	Colocando directamente os electrodos en el tórax del paciente, para medir los impulsos eléctricos del corazón.	Electrodos.
3. Se le adicionan a los electrodos un sistema computarizado y una grabadora durante 24 horas	La enfermera	Posterior a la colocación de los electrodos	En la sala de holter	Monitorizando los resultados del computador, pasadas 24 de horas de la postura del equipo al paciente.	Equipo computarizado de medición de los impulsos eléctricos.

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO LO HACE	RECURSO
4. Pasadas las 24 horas se le indica al paciente que debe regresar a la institución para el retiro del computador y lectura de los resultados.	La enfermera	pasadas las 24 horas	En el área de la recepción	Dando la información oportuna y clara.	No aplica.
5. Se efectúa la lectura de los resultados del test de holter	El médico especialista	Después de que le es retirada la grabadora de holter al paciente	En la sala de holter	Analizando detalladamente los resultados encontrados	No aplica.
6. Se escribe el diagnóstico y recomendaciones	El médico especialista	Posteriormente a la lectura de la prueba de holter	En la sala de holter	Transcribiendo lo encontrado en la lectura del test de holter	No aplica
7. Se le entrega al paciente el resultado de su examen	La recepcionista	Posteriormente a la trascripción del examen.	En la recepción	Buscando por orden alfabético su examen y entregándolo personal mente o a un familiar.	No aplica.

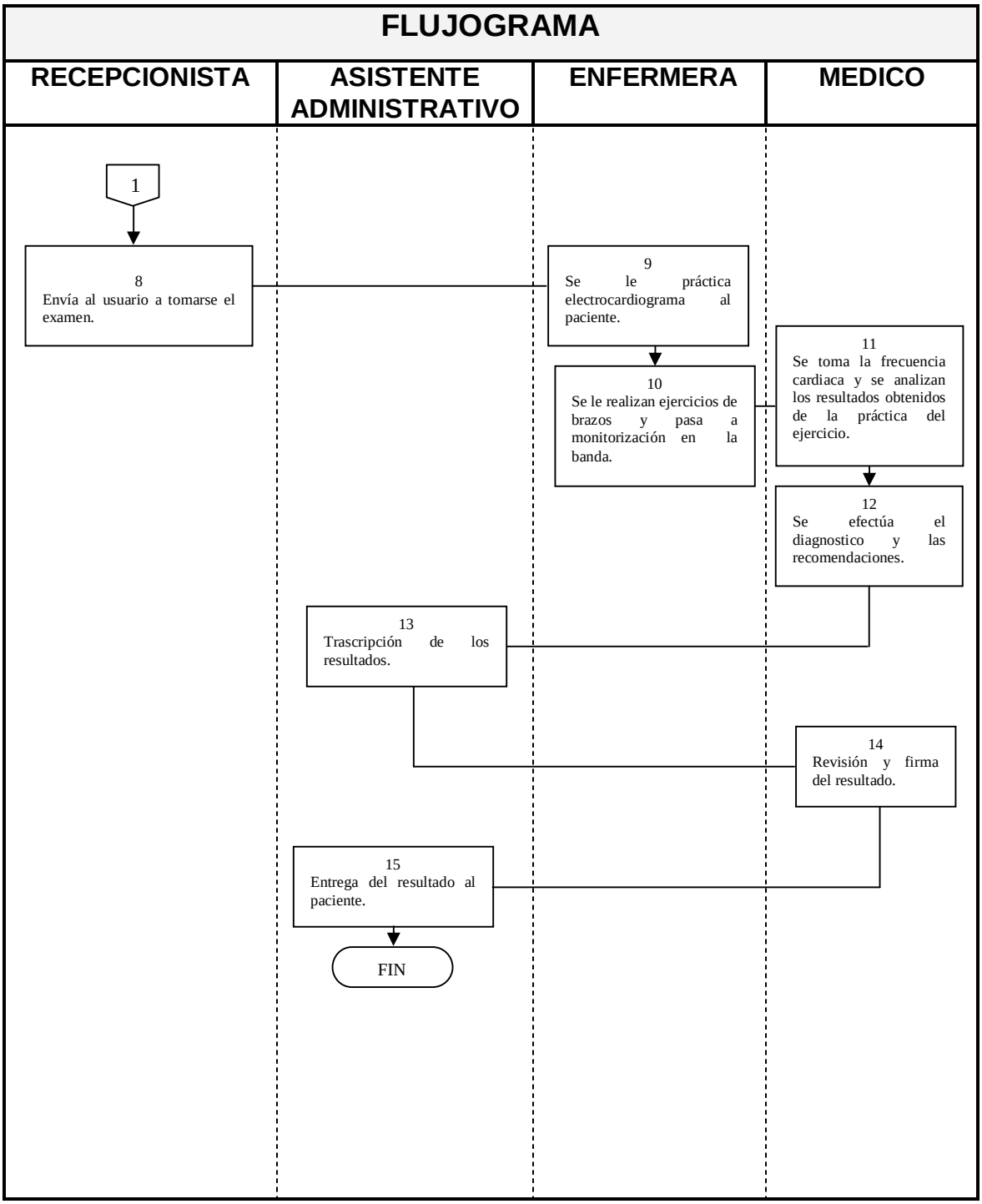
INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIONES CARDIACAS	CÓDIGO: 006 PÁG.: 1 DE 2

FLUJOGRAMA



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIONES CARDIACAS	CÓDIGO: 006 PÁG.: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN REHABILITACIONES CARDIACAS
COD - 006
DETALLE DE ACTIVIDADES

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se direcciona al paciente a la sala de rehabilitación cardiaca.	La secretaria	Posterior al diligenciamiento del formato de diligenciamiento del RIPS y trascripción del resultado	En la recepción	Orientando y direccionando al paciente a la sala de toma de rehabilitación cardiaca.	No aplica.
2. Se direcciona al paciente al sitio donde se debe cambiar para la posterior práctica del examen	La enfermera	Posteriormente al direccionamiento por parte de la secretaria	Directamente en la sala de rehabilitación cardiaca.	Con la información correspondiente, sobre el cambio de ropa, indicándole que es un ejercicio físico que requiere comodidad para que los resultados del paciente sean los más cercanos a la realidad de su funcionamiento cardiovascular	No aplica.

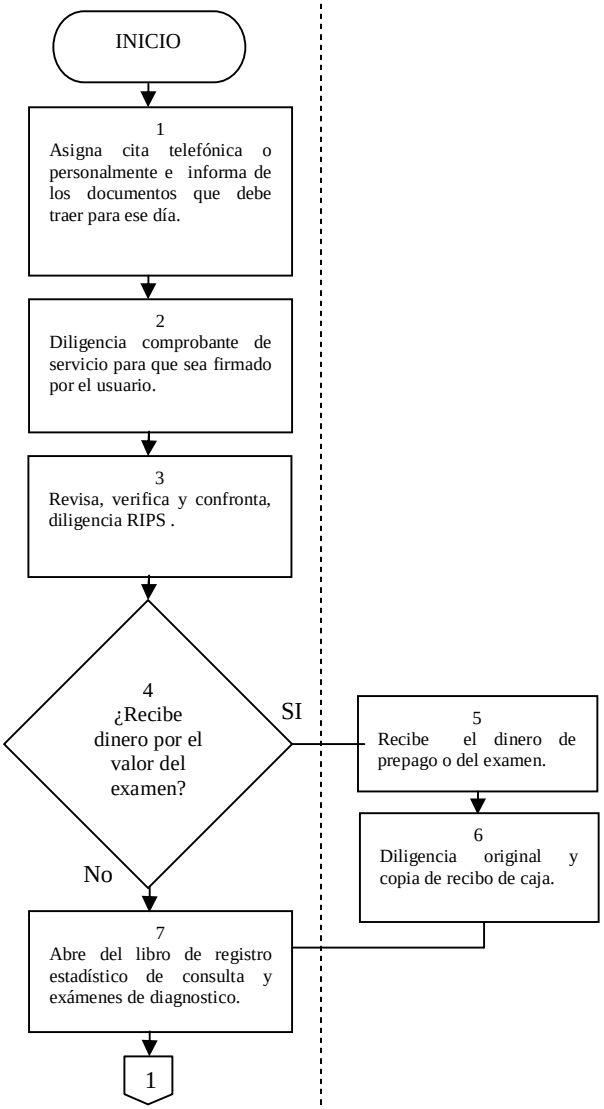
QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
3. Se le colocan al paciente los electrodos de medición y se monitoriza el ritmo del corazón.	La enfermera	Posteriormente al cambio del paciente, en el vestier.	En la sala donde le practicaron la rehabilitación cardiaca.	Adicionando gel en el tórax y pegando los electrodos al tórax.	Electrodos.
4. Se le indica al paciente sobre los ejercicios de brazos y que se ubique posteriormente en la banda de prueba de esfuerzo.	La enfermera	Posterior a la postura de los electrodos.	En la sala donde le practicarán la rehabilitación cardiaca.	Lo ayuda a subirse en la banda , le indica que se apoye en los pasamanos y que cuando la banda empiece a funcionar, él debe caminar al ritmo de la banda hasta cuando resista físicamente.	La banda de prueba de esfuerzo
5. Se pone en funcionamiento la prueba de esfuerzo con la vigilancia médica, y simultáneamente el paciente realiza ejercicio de caminar, con la vigilancia permanente del médico y la enfermera.	La enfermera y el médico	Posteriormente a la puesta en funcionamiento de la banda de prueba de esfuerzo	Sobre la banda de la prueba de esfuerzo se hace seguimiento al paciente, la enfermera y el médico están al lado del paciente en permanente vigilancia	Observando detalladamente el manejo de la banda por parte del paciente, sus reflejos, para que el resultado sea acertado.	La banda de prueba de esfuerzo.

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
6. Se monitoriza en el paciente el ritmo del corazón y la frecuencia cardiaca	El médico especialista	En el momento en que se le está practicando la prueba de resistencia en la banda de prueba de esfuerzo	En la sala de procedimiento de prueba de esfuerzo	Visualizando en la pantalla los cambios eléctricos en la medida que el paciente hace el ejercicio	La pantalla donde se reflejan los cambios en el paciente relacionados con el ejercicio.
7. Finaliza la prueba de esfuerzo y se ayuda al paciente a bajar de la banda de prueba de esfuerzo.	La enfermera	En el momento en que el paciente termina la práctica de su examen.	En la sala de procedimiento de rehabilitación cardiaca.	Indicándole al paciente de la finalización de la práctica	No aplica.
8. Se le indica al paciente que se dirija a la sala de espera mientras le es entregado su resultado.	La asistente administrativa	Cuando el paciente se ha vestido y se dirige a la recepción para obtener información.	En el área de recepción.	Indicándole el tiempo de demora en la entrega de su resultado.	No aplica.

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ELECTROCARDIOGRAMA	CÓDIGO: 007 PÁG.: 1 DE 2

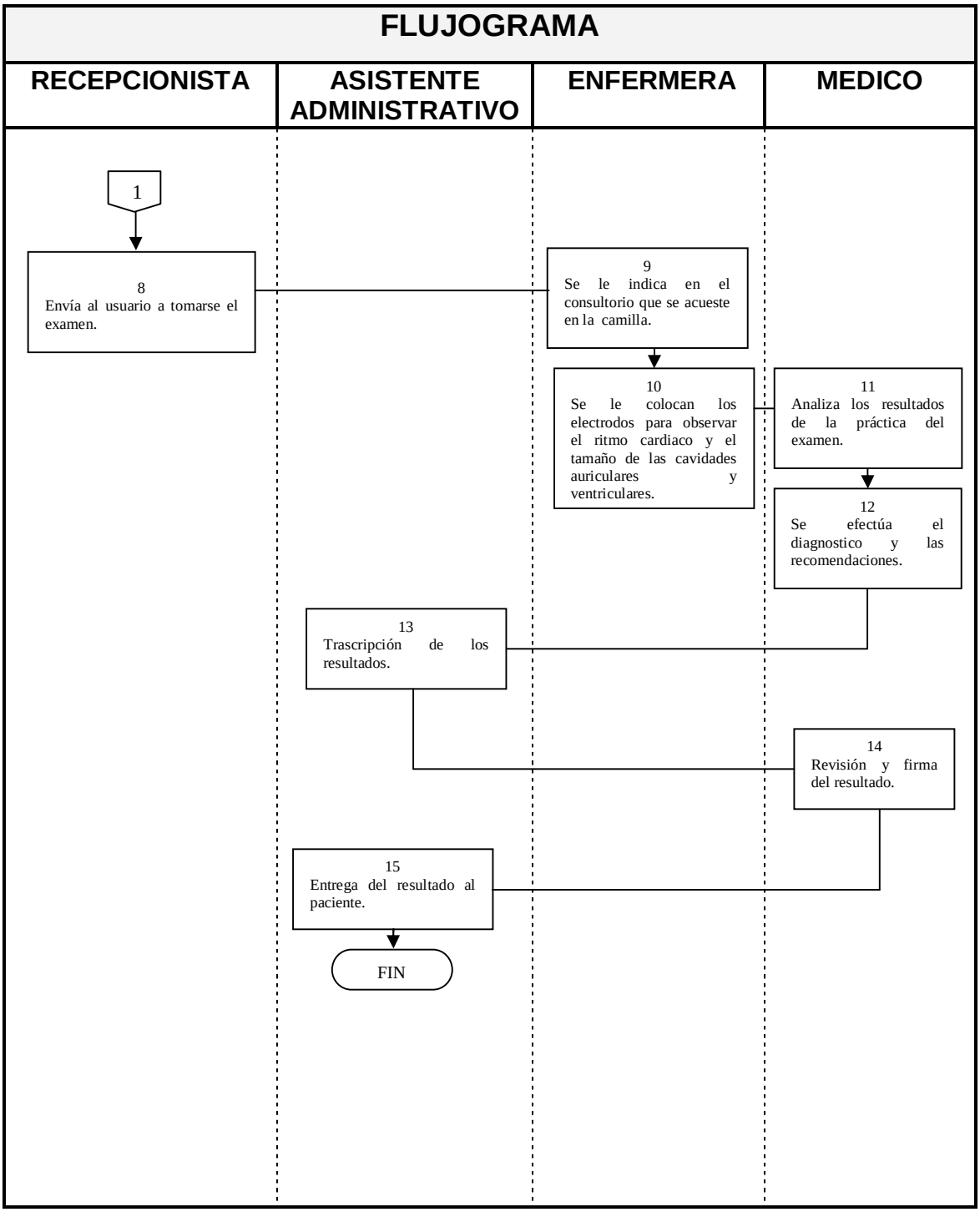
FLUJOGRAMA

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MEDICO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE ELECTROCARDIOGRAMA	CÓDIGO: 007 PÁG.: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN ELECTROCARDIOGRAMAS
COD – 007
DETALLE DE ACTIVIDADES

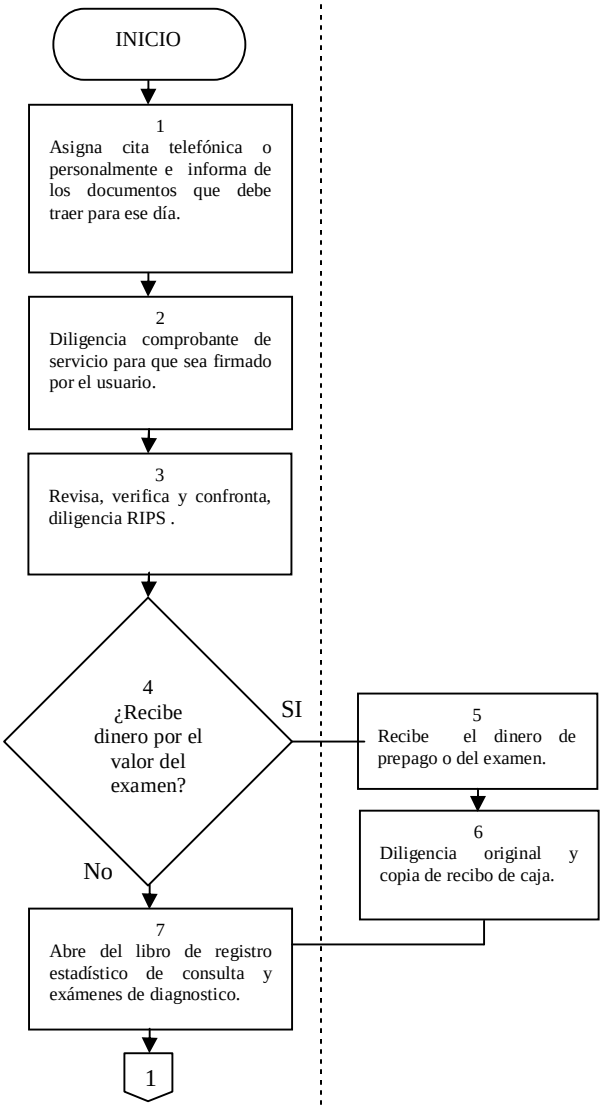
QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se direcciona al paciente a la sala de Toma de electrocardiograma	La secretaria	Posterior al diligenciamiento del formato de diligenciamiento del RIPS y trascripción del resultado	En la recepción	Orientando y direccionando al paciente a la sala de Toma de electrocardiograma.	No aplica.
2. Se direcciona al paciente al sitio donde se debe cambiar para la posterior práctica del examen.	La enfermera	Posteriormente al direccionamiento por parte de la secretaria.	Directamente en la sala de Toma de electrocardiograma.	Acostando al paciente en la camilla.	No aplica.
3. Se le colocan al paciente los electrodos de medición y monitorización del ritmo del corazón.	La enfermera	Posteriormente al cambio del paciente en la sala de cambio de ropa.	En la sala donde le practicarán la Toma de electrocardiograma.	Colocándole los electrodos en el tórax	Electrodos.

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
4. El especialista monitoriza en el paciente el ritmo del corazón y la frecuencia cardiaca.	El médico especialista.	En el momento en que se le está practicando la prueba de electrocardiograma.	En la sala de procedimiento de Toma de electrocardiograma.	Observando el ritmo cardiaco y el tamaño de las cavidades auriculares y ventriculares.	Electrocardiógrafo
5. Se le indica al paciente que se dirija a la sala de espera mientras le es entregado su resultado.	La asistente administrativa	Cuando el paciente se ha vestido y se dirige a la recepción para obtener información.	En el área de recepción.	Indicándole el tiempo de demora en la entrega de su resultado.	No aplica.

INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE DUPPLEX SCAN COLOR	CÓDIGO: 008 PÁG.: 1 DE 2

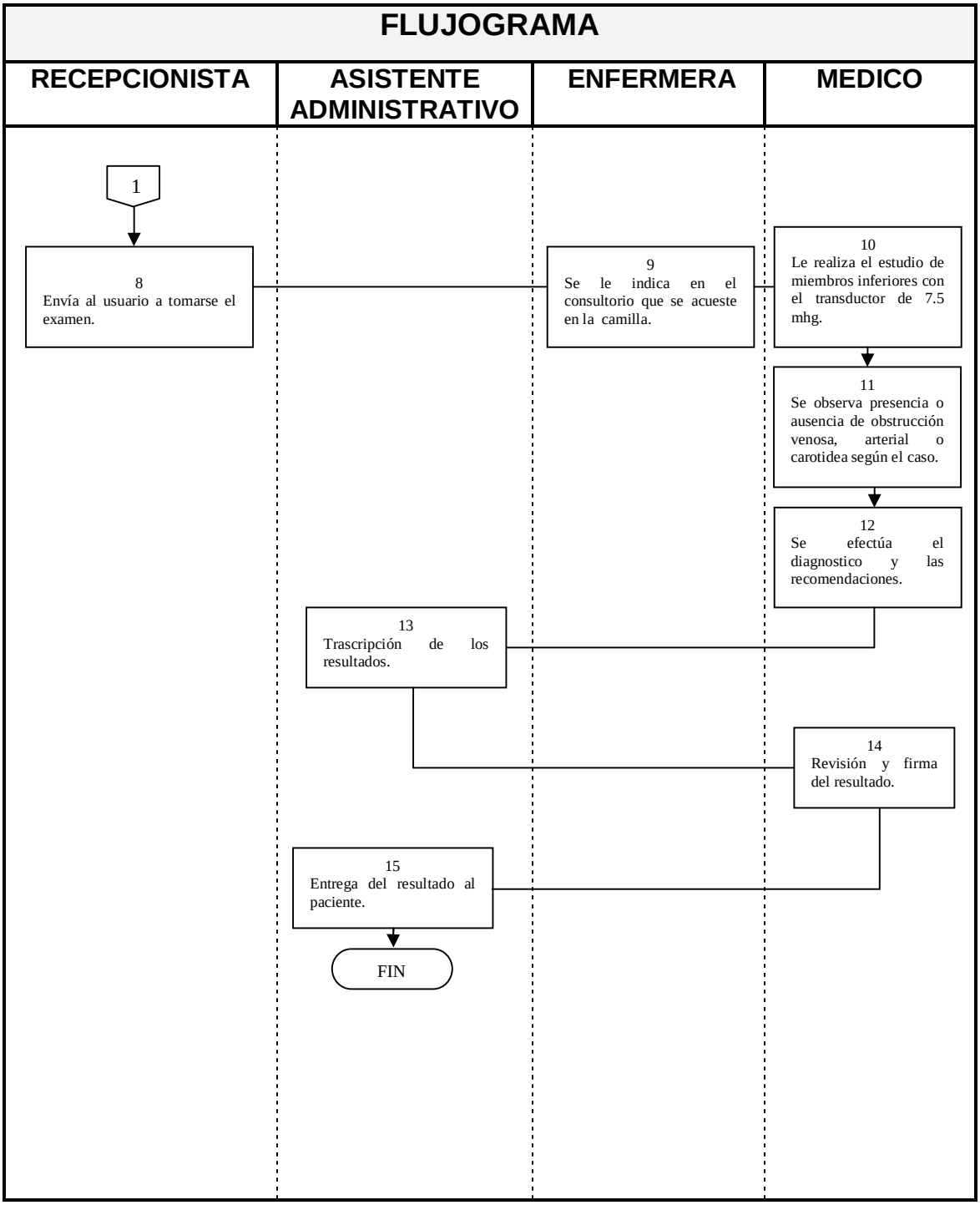
FLUJOGRAMA

RECEPCIONISTA	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MEDICO



INSTITUTO CARDIOVASCULAR	PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN EL SERVICIO DE DUPPLEX SCAN COLOR	CÓDIGO: 008 PÁG.: 2 DE 2

FLUJOGRAMA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO EN DUPPLEX SCAN COLOR
COD – 008
DETALLE DE ACTIVIDADES

QUE HACE	QUIEN LO HACE	CUANDO LO HACE	DONDE LO HACE	COMO	RECURSO
1. Se direcciona al paciente a la sala de Toma de Dupplex.	La secretaria	Posterior al diligenciamiento del formato de diligenciamiento del RIPS y trascripción del resultado	En la recepción	Orientando y direccionando al paciente a la sala de Toma de electrocardiograma.	No aplica.
2. Se direcciona al paciente al sitio donde se debe cambiar para la posterior práctica del examen.	La enfermera	Posteriormente al direccionamiento por parte de la secretaria.	Directamente en la sala de Toma de Dupplex.	Acostando al paciente en la camilla.	No aplica.
3. Se monitorizan en el paciente los miembros inferiores.	El médico especialista vascular.	En el momento en que se le está practicando la prueba de Dupplex.	En la sala de procedimiento de Toma de Dupplex.	Observando presencia o ausencia de obstrucción venosa, arterial o carotidea según el caso.	Ecocardiógrafo y médico especialista.
4. Se le indica al paciente que se dirija a la sala de espera mientras le es entregado su resultado.	La asistente administrati-va	Cuando el paciente se ha vestido y se dirige a la recepción para obtener información.	En el área de recepción.	Indicándole el tiempo de demora en la entrega de su resultado.	No aplica.

Anexo No 2 CUADRO No. 1

SELECCIÓN DE SERVICIOS Y/O PROCESOS PRIORITARIOS

Utilizando la matriz para la Selección de Prioridades, se establecieron los procesos prioritarios.

CRITERIOS DE VALORACIÓN (1 a 5)	SERVICIOS OFRECIDOS					
	Servicio de consulta de medicina cardiovascular	Servicio de Ecocardiografía pediátrica	Servicio Prueba de esfuerzo	Servicio de atención, toma y lectura de electrocardiograma	Servicio de Atención al paciente en sala de espera	Servicio de atención, prueba de de Holter
Relevancia en la oportunidad de prestación del servicio	5	**5**	5	5	**5**	5
Mayor ingreso económico	1	**5**	2	2	**5**	2
Volumen o Frecuencia	2	**5**	2	4	**5**	2
Costos de las Fallas o Errores	5	**5**	5	4	**5**	5
Posibilidades de Mejora	3	**4**	4	4	**5**	4
Involucra mayor número de personas en el proceso de atención	1	**5**	5	2	**5**	5
TOTAL	17	**29**	23	21	**30**	23

CALIFICACIÓN: **1**= BAJO IMPACTO , **2**= BAJO-MEDIO IMPACTO**,** **3**= MEDIO IMPACTO, **4**= MEDIO-ALTO IMPACTO, **5**= ALTO IMPACTO

Como se puede observar en los resultados del cuadro No. 1 se seleccionaron como prioritarios los dos servicios que obtuvieron el mayor puntaje:

1. Servicio de Ecocardiografía pediátrica.
2. Servicio de atención al paciente en la sala de espera.

Una vez que se seleccionaron los servicios prioritarios la matriz se utilizó nuevamente, pero en lugar de los servicios ofrecidos se registraron los diagnósticos o procedimientos principales que se llevan a cabo en los servicios seleccionados como prioritarios.

Anexo No 3 CUADRO # 2
DIAGNÓSTICOS Y/O PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES Y CRITERIOS DE VALORACIÓN

CRITERIOS DE VALORACIÓN (1 a 5)	DIAGNÓSTICOS Y/O PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES	
	Proceso de atención al paciente en el servicio de ecocardiografía pediátrica	Procedimiento de atención al paciente en sala de espera
Riesgo para la Salud Pública	1	5
Riesgo para la Institución	5	5
Volumen o Frecuencia	5	5
Costos de las Fallas o Errores	5	5
Posibilidades de Mejora	5	5
TOTALES	**21**	**26**

Se seleccionaron como prioritarios los diagnósticos o los procedimientos que obtuvieron los mayores puntajes.

TOTALES	**21**	**26**

CALIFICACIÓN: 1= BAJO IMPACTO, 2= BAJO-MEDIO IMPACTO, 3= MEDIO IMPACTO, 4= MEDIO-ALTO IMPACTO, 5= ALTO IMPACTO.

ANEXO 4.

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN AUDITORIA INTERNA

Actividad **Mes de Enero**	**Responsable de la actividad**	**Observaciones # de encuestas aplicadas en un período de un mes**	**Observaciones # de encuestas Aplicadas en un período de un mes**
Aplicación de encuestas de satisfacción del usuario a los pacientes y/o familiares de los pacientes	Auxiliar de Recepción.	# pacientes atendidos	# pacientes encuestados
Entrega de formatos de instrucciones y preparación del paciente.	Auxiliar de recepción.	# pacientes atendidos	# formatos impartidos
Verificación de llamada telefónica posterior a la prestación del servicio	Enfermera Auxiliar.	# de pacientes atendidos	# de llamadas telefónicas hechas.

ANEXO 5.

PROPUESTA DE INCENTIVOS AL CLIENTE INTERNO

Como resultado de la reunión extraordinaria de Junta Directiva de acuerdo al acta No 3 del día 14 de Octubre del año 2005, en la que se definieron y se aprobaron los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad para el Instituto cardiovascular y como complemento a éstos procesos, se aprueba también la propuesta de incentivos para los colaboradores del Instituto Cardiovascular que se encuentren comprometidos con la Institución en el desarrollo del proyecto de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en el área de Recursos Humanos Compensación con los siguientes lineamientos:

1. Cartas de felicitación para los funcionarios que muestren interés y resultados en el desarrollo de ésta actividad adicional a sus funciones laborales.

2. Reconocimiento verbal y por escrito, con publicación del nombre en cartelera a los funcionarios sobresalientes dentro del desarrollo de las actividades del PAMEC.

3. Apertura de un espacio adicional dentro de la reunión especial de fin de año del Instituto Cardiovascular para dar a conocer públicamente a los colaboradores sobresalientes y entregar las respectivas condecoraciones.

4. Efectuar rifas entre los colaboradores del Instituto Cardiovascular comprometidos con el programa, como estímulo e incentivo a su esfuerzo para el logro de los objetivos propuestos.

5. Determinar la posibilidad de establecer una bonificación a título de mera liberalidad y siempre y cuando las condiciones financieras de la Institución lo permitan como motivación a la continuidad del programa.

ANEXO 6.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Libro de estadística diaria de pacientes pediátricos atendidos.

2. Libro de estadística de relación de pacientes pediátricos a quienes se les hizo llamada telefónica.

3. Relación de folletos instructivos entregados a los pacientes, ó a sus familiares en el caso de pacientes pediátricos.

4. Encuestas aplicadas a los pacientes y/o familiares de los mismos.

ANEXO 7.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. SELECCIONE:

1. En cuanto a la rapidez en la prestación del servicio de atención por la secretaria recepcionista, usted fue atendido en un tiempo de:

a. 2 a 5 minutos b. 5-10 minutos c. Pasados 15 minutos

Observaciones y sugerencias

_____

2. En cuanto a la información recibida para la preparación para la toma del ecocardiograma a su hijo:

a. La información verbal fue completa y entendible. _____
b. Hubo deficiencias en la información verbal. _____
c. Le gustaría que le entregaran las instrucciones de preparación por escrito. _____

3. En cuanto al direccionamiento a las diferentes áreas del Instituto cardiovascular:

a. La información verbal fue completa y entendible. _____
b Hubo deficiencias en la información verbal. _____
c. No existe información para el direccionamiento. _____

4. En cuanto a los medios audiovisuales de que dispone el Instituto Cardiovascular mientras es atendido en la sala de espera:

a. Son completos y aportan entretención y conocimientos al paciente y su acompañante mientras es atendido. _____
b. Existen algunos medios audiovisuales, pero me gustaría que tuvieran otras alternativas . _____

Si respondió con X a la pregunta b , sugiera otros medios audiovisuales que le gustaría encontrar en el Instituto Cardiovascular:

_____

ANEXO 8.

ACTO ADMINISTRATIVO PARA LA ADOPCIÓN DEL PAMEC

ACTA No. 003 DE REUNIÓN EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA