

**ESTABLECIMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS
PROCESOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS O PRIORITARIOS EN EL
DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II – BOGOTÁ**



AUTOR

JENNIFFER JOHANA ESPITIA VÁSQUEZ

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ, COLOMBIA
AGOSTO DE 2023**

**ESTABLECIMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS
PROCESOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS O PRIORITARIOS EN EL
DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II – BOGOTÁ**



**AUTOR
JENNIFFER JOHANA ESPITIA VÁSQUEZ**

**DOCENTE ASESOR
KENIA MARCELA GONZALEZ PEDRAZA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ, COLOMBIA
AGOSTO DE 2023**

Nota de agradecimiento:

La familia para enorgullecer y la patria para enaltecer
fueron las motivaciones para iniciar este proyecto
académico que conlleva a la prestación de un mejor
servicio de salud procurando siempre el bienestar de
los colombianos.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.	9
1.1 Problema de investigación.	9
1.2 Objetivos de la investigación.....	11
1.2.1 Objetivo general.	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 Justificación.	12
2. MARCO DE REFERENCIA.	14
2.1 Marco Contextual.....	14
2.2 Marco teórico.....	18
2.3 Marco conceptual	23
2.4 Marco Normativo	26
3. MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Tipo de estudio.	29
3.2 Población o fuentes de datos.....	30
3.3 Procedimiento.....	31
3.4 Técnicas para la recolección de datos.	32
3.5 Técnicas para el análisis de la información.....	37
3.6 Consideraciones éticas.....	38

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	40
4.1 Fase 1 Autoevaluación	40
4.2 Fase 2 y 3 Seleccionar y Priorizar	48
4.3 Fase 4 Calidad esperada.....	56
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	64
6. REFERENCIAS.....	66
ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Formato de consentimiento informado para investigaciones en el área de la salud.....	70
ANEXO B Formato Matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM V3	73

INTRODUCCIÓN

El Dispensario Médico Nivel II – Bogotá, lugar donde se desarrolló el presente trabajo de grado, pertenece al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, específicamente a la Dirección de Sanidad Naval. Como establecimiento de salud, procura de manera constante mantener actualizados sus procesos y llevar sus recursos tanto físicos como humanos a la vanguardia, procurando siempre la mejora continua

A nivel general, las distintas actividades llevadas a cabo por los encargados del área de calidad en el sector salud resultan necesarias para promover y garantizar las acciones seguras asociadas a la atención de pacientes. Dichas acciones, están acordes a lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) el cual, se define en el Decreto 1011 de 2006 como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener, y mejorar la calidad de los servicios de salud del país”.

La aplicabilidad del SOGCS rige a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Decreto 1011 de 2006

Para el caso de las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, tal como lo es el Dispensario Médico Nivel II – Bogotá, de acuerdo a lo referido en el decreto 1011 de 2006, se establece que este tipo de instituciones pueden acogerse de manera voluntaria al SOGCS, y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

Teniendo en cuenta lo anterior, y en búsqueda de la mejora continua, la Dirección de Sanidad Militar seleccionó ciertos establecimientos de sus diferentes fuerzas, entre ellos el Dispensario Médico Nivel II – Bogotá, para aplicar como estrategia el desarrollo de la ruta crítica del Programa Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el cual es entendido como un proceso de autocontrol, continua de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, según lo estipulado en el Decreto 780, de forma tal que se permita fortalecer las fallas latentes identificadas en la institución teniendo como base la política de seguridad del paciente.

Es sabido que la elaboración de la ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud es un trabajo extenso, por tal motivo, el presente trabajo solamente incluirá el desarrollo de las cuatro primeras etapas de mencionada ruta, las cuales corresponden a la Autoevaluación, Selección de Procesos, Priorización y Definición de la Calidad Esperada.

Así pues, para su desarrollo se efectuó énfasis en los enfoques relacionados con Sistema único de acreditación, Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales y Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente. Además, se incorporaron herramientas de mejora continua, como el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), que permite implementar acciones de manera cíclica para lograr mejoras progresivas y sostenibles.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO.

1.1 Problema de investigación.

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS), existen 04 componentes a tener en cuenta. En primera instancia está el denominado Sistema Único de Habilitación (SUH), el cual se rige por la Ley 3100 y comprende el requisito mínimo técnico, científico y administrativo para garantizar una atención segura y confiable en relación a la prestación de servicios de salud.

En un nivel superior, se encuentra el denominado Sistema Único de Acreditación (SUA), regido por el decreto 903 de 2014, el cual consiste en el reconocimiento que a una institución prestadora de servicios de salud le entregan por su alta calidad; este proceso es voluntario y comprende un proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Protección Social y Salud.

Entre la habilitación y acreditación, se encuentra el Programa de Auditoría para la Calidad (PAMEC), el cual es el "mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios" (Ministerio de Salud, s,f.), permitiendo con ello aportar al cumplimiento de los objetivos estratégico y brindar una mejor atención.

Finalmente, se encuentra el Sistema de Información para la Calidad, el cual es transversal a todos los componentes y se rige por la resolución 0256 de 2016.

El Dispensario Médico Nivel II Bogotá, como institución prestadora de servicio de salud, tiene en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en relación a lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, pero con los ajustes inherentes a la misión de las Fuerzas Militares como régimen de

excepción, por tal motivo, se encuentra en un proceso continuo de fortalecimiento de sus procesos internos siempre en pro de favorecer la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente desarrollar actividades que permitan llevar a cabo el proceso de autocontrol, de continua evaluación y mejoramiento, donde se identifican las oportunidades de mejora que se presentan en los servicios ofrecidos y las acciones necesarias para erradicar las fallas latentes en la institución, tal y como lo es la implementación de los lineamientos definidos por la normatividad vigente en relación al programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud a través del desarrollo de la ruta crítica mediante el diligenciamiento de la Matriz de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del SSFFMM, denominada también Matriz AMEC por su abreviación.

Si bien la elaboración de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, consta de nueve fases, el presente proyecto se centrará en la ejecución de las cuatro primeras, las cuales están relacionadas con la fase de planeación del ciclo PHVA, permitiendo establecer una proyección para continuar con la elaboración de la ruta posteriormente de acuerdo a los tiempos estipulados por la entidad.

Por lo antes planteado, y a partir de la realización de las primeras cuatro fases de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, se define como pregunta de investigación ¿Cuáles son las oportunidades de mejora que se deben establecer en los procesos identificados como críticos o prioritarios del Dispensario Médico Nivel II – Bogotá?

La respuesta a esta pregunta servirá de material base para la continuación del PAMEC de forma tal que la institución de salud seleccionada logre llegar posteriormente al aprendizaje organizacional.

1.2 Objetivos de la investigación.

1.2.1 Objetivo general.

Establecer las oportunidades de mejora de los procesos identificados como críticos o prioritarios del Dispensario Médico Nivel II – Bogotá con el fin fortalecer conductas que conlleven a las buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud.

1.2.2 Objetivos específicos.

1. Identificar principales problemas de calidad y oportunidades de mejora mediante diligenciamiento de matriz de autoevaluación establecida de acuerdo a los criterios adoptados de las prácticas seguras en la guía técnica “Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Protección Social.

2. Seleccionar y priorizar los procesos a mejorar a partir del resultado obtenido en la autoevaluación, teniendo en cuenta tanto la calificación cuantitativa, como la oportunidad de mejora identificada y el proceso al cual pertenece, así como las puntuaciones obtenidas en los factores de riesgo, costo y volumen.

3. Identificar la brecha entre la calidad observada vs la calidad esperada en los procesos asistenciales y administrativos evaluados en el Dispensario Médico Nivel II – Bogotá

1.3 Justificación.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país y está integrado por el Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (Minsalud, s.f). Para el caso del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, el cual pertenece al régimen de excepción, se debe actuar conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social pero con los ajustes inherentes a la misión institucional, por tal motivo, se hace pertinente llevar a cabo acciones internas que conlleven al mejoramiento de la calidad en salud en los servicios prestados por los establecimientos que conforman la institución, entre ellos, el Dispensario Médico Nivel II - Bogotá, lugar de referencia donde se llevará a cabo el presente trabajo de grado, permitiendo con ello ofrecer una mejor atención en salud al personal de usuarios y beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares adscritos a mencionado centro de salud.

Lo anterior, justifica socialmente la realización de este tipo de proyectos, toda vez que una mejor calidad en la prestación de servicios de salud permite una alineación con el tercer objetivo del desarrollo sostenible planteados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, el cual busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades”, mediante las acciones requeridas para el cumplimiento de sus nueve metas, las cuales incluyen aspectos como la reducción de la mortalidad materna, y la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Teniendo en cuenta lo anterior, a nivel institucional el presente proyecto de grado contribuirá a efectuar acciones internas que permitan autoevaluar, seleccionar y priorizar los procesos a mejorar, y definir la calidad esperada, pues este trabajo se

centrará en las cuatro primeras fases de la ruta crítica del PAMEC, enfocándose en la etapa de planeación de acuerdo a lo estipulado en el ciclo de Deming, para que posteriormente la entidad continúe con el desarrollo de las demás fases; así pues, permitirá mantener el mejoramiento del sistema de información para la calidad, el fortalecimiento de la auditoría y las buenas prácticas de seguridad del paciente en el establecimiento de sanidad.

Desde el punto de vista metodológico, la aplicación de instrumentos institucionales que permitan estructurar la información deseada para lograr fortalecer la prestación de servicios de atención en salud, resulta de gran utilidad, pues la información arrojada a través del diligenciamiento de la matriz de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, en sus cuatro primeras fases, contribuirá a la toma de decisiones gerenciales y permitirá comparar los servicios prestados con los estándares esperados, ajustando los procesos en que se evidencien fallas que afecten la atención a pacientes y la prestación en general del servicio de salud.

A nivel teórico, la realización de este tipo de ejercicios prácticos contribuyen al qué hacer profesional de quien lo lleva a cabo, toda vez que le permite aplicar los conocimientos adquiridos con respecto al Sistema de Seguridad Social en Salud a su realidad cotidiana dentro de la institución donde labora, y solidificar conceptos relacionados con normatividad vigente, teoría actualizada y contextualizada, llegando inclusive a proponer políticas públicas o directrices institucionales que promuevan cada vez más la prestación óptima de la atención en salud desde sus diferentes componentes.

Con todo lo expuesto hasta el momento, se justifica desde lo personal el desarrollo del presente trabajo, pues evidencia una contribución no sólo en el crecimiento profesional de quien lo realiza, sino también genera aportes significativos a la institución de salud donde labora, los usuarios y beneficiarios adscritos a ella, y por ende, a la sociedad misma.

2. MARCO DE REFERENCIA.

2.1 Marco Contextual.

La Dirección de Sanidad Naval cuenta con 21 establecimientos de atención médica, distribuidos en las unidades militares de la Armada en Nacional, entre ellos, el Dispensario Médico Nivel II Bogotá el cual pertenece a la regional centro. Todos los establecimientos de sanidad naval se encuentran regidos por la siguiente plataforma estratégica.

Misión

La Dirección de Sanidad de la Armada Nacional a través de sus establecimientos de sanidad militar direcciona y controla la prestación de los servicios de salud operacional y asistencial con criterios de calidad para los usuarios pertenecientes al subsistema de salud de las fuerzas militares (Sanidad Fuerzas Militares, s.f.).

Visión

La Dirección de Sanidad Naval contará con un sistema de gestión de calidad que permita garantizar efectiva, eficiente y eficazmente la prestación de servicios de salud a los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de las fuerzas militares (Sanidad Fuerzas Militares, s.f.)

Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

El nuevo Modelo, define al Código de Ética como el documento que recoge los valores y principios éticos que promueven una organización; en el MECI quedó fundamentado en el Módulo de Planeación y Gestión, componente Talento Humano, Elemento Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos; dicho elemento busca establecer un estándar de conducta de los servidores al interior de la entidad pública; a

través de él se plantean las declaraciones explícitas que, en relación con las conductas de los servidores públicos, son acordadas en forma participativa para la consecución de los propósitos de la entidad (Sanidad Fuerzas Militares, s.f.)

ESTRUCTURA NUEVO MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

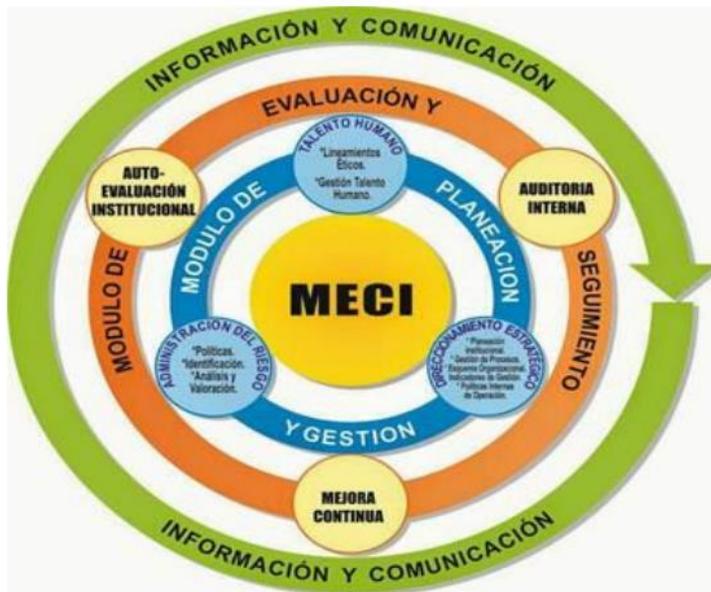


Figura 1. Estructura Modelo Estándar de Control Interno Dirección General de Sanidad Militar DIGSA

Fuente: (Sanidad Fuerzas Militares, s.f.)

Principios éticos

- Racionalidad
- Obligatoriedad
- Protección Integral
- Autonomía
- Equidad
- Descentralización y desconcentración
- Unidad

Integración funcional

Atención equitativa y preferencial a los miembros del SSFFMM

Independencia de los recursos

Valores Institucionales

Lealtad

Compromiso

Disciplina

Actitud de Servicio

Trabajo en equipo

Mejoramiento continuo

Autocontrol

Igualdad de trato

Reserva profesional

Respeto por las personas, justicia, equidad, derechos humanos e igualdad

Justicia

Transparencia en la conducta e integridad moral

Buena fe

Exactitud y claridad en las cuentas e informes

Competitividad y competencia

Objetivos de calidad

Mejorar la prestación de los servicios de salud de acuerdo a las políticas emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar, acuerdo nuevo Modelo de Atención Integral en Salud.

Fortalecer la prestación de los servicios de salud inherentes a la operación militar.

Administrar eficientemente los recursos financieros y físicos asignados.

Mejorar continuamente la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos

Mapa de procesos

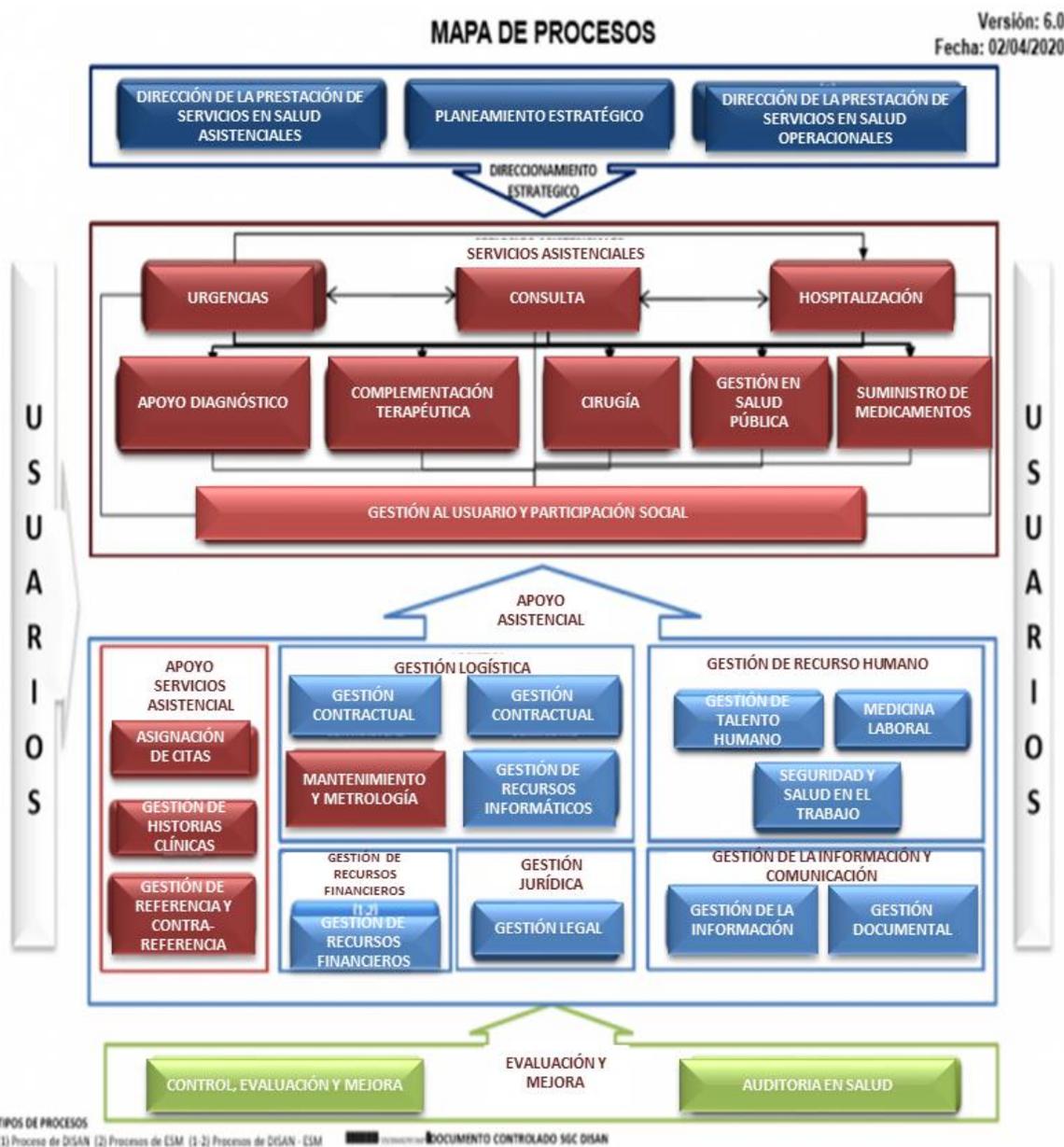


Figura 2. Mapa de procesos de la Dirección de Sanidad Naval

Fuente: (Sanidad Fuerzas Militares, s.f.)

Portafolio de servicios del Dispensario Médico Nivel II - Bogotá

ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD (CONSULTA EXTERNA)	ATENCIÓN CON ESPECIALIDADES EN SALUD (CONSULTA EXTERNA)	OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD (APOYO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO)	RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	SERVICIOS DE INTERNACIÓN (HOSPITALIZACIÓN)
MEDICINA GENERAL	MEDICINA FAMILIAR	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	R. PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO	NO APLICA
	PSIQUIATRÍA			
	MEDICINA INTERNA			
	NEUROPSICOLOGÍA			
ODONTOLOGÍA GENERAL	NUTRICIÓN	OTROS EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	R. PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO	
	OPTOMETRÍA			
	ANESTESIOLOGÍA			
	CARDIOLOGÍA			
PSICOLOGÍA	CIRUGÍA GENERAL	LABORATORIO CLÍNICO	R. MATERNO PERINATAL	
	CIRUGÍA ORAL			
	CLÍNICA DEL DOLOR			
	DERMATOLOGÍA			
	ENDODONCIA			
	GASTROENTEROLOGÍA			
TRABAJO SOCIAL	GINECOLOGÍA	TERAPIA RESPIRATORIA	R. CARDIOVASCULAR	
	ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA			
	OFTALMOLOGÍA			
	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA			
	OTORRINOLARINGOLOGÍA			
	PEDIATRÍA			
	PERIODONCIA			
	UROLOGÍA			
FISIATRÍA				
	AUDIOLÓGICA	TERAPIA DE LENGUAJE	R. CARDIOVASCULAR	

Figura 3. Portafolio de servicios del Dispensario Médico Nivel II - Bogotá

Fuente: Dirección de Sanidad Naval

2.2 Marco teórico

Este marco teórico explora la auditoría de la calidad en salud en Colombia, la implementación del PAMEC y la elaboración de la ruta crítica como parte integral del proceso.

La auditoría de la calidad en salud se ha convertido en una herramienta fundamental para evaluar y mejorar la atención médica en Colombia. Tiene su sustento normativo en decretos como el Decreto 780 de 2016, Parte 5, Título 1, Capítulo 4, en el cual se establece que los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Así pues, la auditoría de la calidad en salud se refiere al proceso sistemático de evaluación de la atención médica para garantizar que se cumplan los estándares de calidad y se mejore la eficiencia. En Colombia, este enfoque ha ganado relevancia en los últimos años debido a la necesidad de mejorar la calidad de la atención y garantizar la seguridad del paciente (Lemus, 2017).

La auditoría de la calidad en salud precisa de la operación de tres niveles que apuntan al mejoramiento de la calidad de atención en salud. El primer nivel, constituye el autocontrol, en el cual, cada miembro de la institución realiza acciones para llevar a cabo su labor conforme a los estándares de calidad. El segundo nivel corresponde a la Auditoría Interna, en el cual es la misma institución la que realiza la evaluación sistemática a través de una instancia interna diferente al proceso que se audita. Finalmente, el tercer nivel corresponde a la Auditoría Externa, el cual es llevado por un ente externo a la institución evaluada.

La auditoría de la calidad en salud en Colombia está respaldada a su vez por la Ley 100 de 1993 y la Resolución 1446 de 2006, que establecen la importancia de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en el sistema de salud colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Los objetivos principales de la auditoría de la calidad en salud en Colombia incluyen la identificación de áreas de mejora, la prevención de errores médicos, la optimización de recursos y la satisfacción del paciente (Giraldo, 2015)

Teniendo en cuenta lo anterior, la auditoría de calidad en salud se ha convertido en una herramienta clave para evaluar y mejorar la atención médica. Dentro de este contexto, la elaboración de una ruta crítica en un programa de auditoría se vuelve esencial para asegurar un enfoque sistemático y efectivo en la identificación y corrección de áreas de mejora en los servicios de salud. A continuación, se explorará en detalle el concepto de ruta crítica en el contexto de la auditoría de calidad en salud.

La ruta crítica en el contexto de la auditoría de calidad en salud se refiere a un enfoque metodológico que identifica y secuencia las actividades críticas que deben llevarse a cabo en un programa de auditoría para garantizar la mejora continua en la calidad de la atención médica (Smith , 2010). Esta ruta incluye las tareas clave que deben realizarse de manera eficiente y en el orden adecuado para lograr los objetivos del programa de auditoría (Jones, 2015).

Dentro de las actividades que comprende la elaboración de la ruta crítica, se encuentran las siguientes:

Autoevaluación: Fase diagnóstica que permite identificar fallas o problemas de calidad que afectan la institución en relación a la atención al usuario en salud.

Selección de procesos a mejorar: El Ministerio de Salud y Protección Social en su página refiere que si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen. Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC

Priorización de procesos: La priorización de procesos implica clasificar los procesos seleccionados en función de su impacto en la calidad de la atención y la urgencia de las mejoras necesarias. Esto ayuda a asignar recursos y determinar el orden de las acciones de mejora (Foro Nacional de Calidad, 2019).

Definición de la calidad esperada: En este paso, se establecerán claramente los estándares y criterios de calidad que se deben alcanzar después de las mejoras. Estos estándares se basan en las mejores prácticas de atención médica y en las expectativas de los pacientes (Comisión Mixta, 2020).

Medición inicial del desempeño de procesos: Antes de implementar las mejoras, se realiza una medición inicial del desempeño de los procesos seleccionados. Esto implica la recopilación de datos y métricas para establecer una línea de base que sirva como punto de referencia para la evaluación futura (Tanner, 2015).

Plan de Acción para procesos seleccionados: En esta etapa, se desarrolla un plan de acción detallado que describe las acciones específicas que se llevarán a cabo para mejorar los procesos seleccionados. El plan incluye objetivos, actividades, plazos y responsabilidades (Instituto para la Mejora de la Salud, 2018).

Ejecutar plan de acción: Se implementa el plan de acción desarrollado en el paso anterior. Esto involucra la realización de cambios y actividades específicas para mejorar los procesos de atención médica seleccionados (Schwalbe, 2018).

Evaluación del mejoramiento: Después de implementar las mejoras, se realiza una evaluación para determinar si se han alcanzado los objetivos de calidad establecidos. Se utilizan métricas y datos para medir el impacto de las mejoras en la calidad de la atención (Foro Nacional de Calidad, 2019).

Aprendizaje organizacional: El aprendizaje organizacional implica la reflexión y la captura de lecciones aprendidas durante el proceso de mejora. Las organizaciones buscan mejorar continuamente su capacidad para gestionar la calidad y aplicar los conocimientos adquiridos en futuros esfuerzos de mejora (Tanner, 2015)



Figura 4. Etapas de la Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud

Fuente: Tomado de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad del Ministerio de la Protección Social

Dicho programa dispone de pautas, actividades o etapas dentro del ciclo PHVA, que permite el mejoramiento continuo en los procesos de atención en salud. Agudelo & Serna (2020), refieren que la etapa de Planeación está relacionada con las cuatro

primeras fases anteriormente mencionadas. Así mismo, las autoras referidas expresan que una vez llevada a cabo la planeación se continúa con la ejecución, razón por la que se efectúa el plan de mejoramiento en el cual es necesario contar con los directivos de la organización para que se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción, junto con la verificación de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores establecidos con este fin. Posterior a ello, se realizan las dos últimas etapas orientadas hacia la verificación de la efectividad de las acciones tomadas y hacia el aprendizaje organizacional el cual nos indicará si es necesario o no volver a empezar.

Es de resaltar que la elaboración de la ruta crítica en un programa de auditoría de calidad en salud es fundamental por varias razones:

Secuenciación y Priorización: Permite secuenciar las actividades de auditoría de manera que se aborde primero las áreas más críticas y que presenten mayor riesgo para la calidad de la atención (Smith, 2010).

Eficiencia: Ayuda a utilizar de manera eficiente los recursos disponibles, incluyendo tiempo y personal, al enfocarse en las actividades esenciales (Jones, 2015).

Mejora Continua: Facilita la identificación temprana de problemas y áreas de mejora, lo que conduce a una atención de salud de mayor calidad (Brown, 2018).

2.3 Marco conceptual

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008)

Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad del paciente debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Alianza con el profesional en salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamiento injustificado (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: Es el mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la cantidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2016).

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2016).

Cultura de seguridad: Se define como el conjunto de normas y valores comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Enfoque de atención centrado en el usuario: Lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje en el que giran todas las acciones de seguridad del paciente (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo un daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Indicio de atención segura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud: Es un proceso de auditoría compuesto por actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2007)

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2008).

Sistema de Calidad en Salud: Se define como el conjunto de normas, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos para planear, mantener y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006)

2.4 Marco Normativo

Constitución Política de 1991

Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 352 de 1997. “Por el cual se reestructura el sistema de salud y se dictan otras disposiciones en materias de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”.

Ley 1795 de 2000. “Por el cual se estructura en Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” – Congreso de la República.

Acuerdo No 002 de 2001. “Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial”.

Acuerdo No 010 de 2001. “Por el cual se adiciona el acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP que establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial”.

Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud .

Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad en salud. 2007. Ministerio de Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFFMM.

Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Ministerio de Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFFMM.

Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008. Ministerio de Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFFMM.

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010. Ministerio de Protección Social.

Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. 2010. Ministerio de Protección Social.

Ley 1751 de 2015. “Ley estatutaria en Salud”.

Resolución 0256 de 2016. Sistema de Información para la Calidad. Indicadores.

Decreto 780 de 2016. “Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social” - Ministerio de Salud y Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFFMM.

Directiva permanente No 02 de 2018. “Directrices para el mantenimiento del componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”.

Acuerdo 070 de 2019. “Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” – Ministerio de Defensa Nacional.

Acuerdo 071 de 2019. “Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión, en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” – Ministerio de Defensa Nacional.

Acuerdo 080 de 2022 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. “Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la gestión farmacéutica y se determina el manual único de medicamentos y terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”.

Política de Seguridad del Paciente de SSFFMM, 2021. MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-PC.95.1-1

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de estudio.

La investigación científica es interpretada como una combinación de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican en torno al estudio de un hecho; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta. La presente investigación es de enfoque mixto, lo cual implica una recolección, análisis e integración de los datos cuantitativos y cualitativos arrojados durante el estudio, generando inferencias cuantitativas y cualitativas a partir de una perspectiva más amplia y profunda relacionada con una mejor exploración y explotación de datos (Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., 2014).

En relación al tipo de estudio, se puede considerar que esta es una investigación de tipo descriptivo; así entonces, el enfoque descriptivo cualitativo es entendido como la explicación y obtención de conocimiento profundo de un suceso a través de la obtención de datos extensos narrativos (De Pelekais, 2000); por su parte la perspectiva cuantitativa se refiere a la predicción y/o control de fenómenos a través de un enfoque de obtención de datos numéricos (De Pelekais, 2000).

En adición a lo anterior, el alcance de la investigación será de tipo proyectivo, ya que se buscará sentar las bases para la elaboración de una propuesta de plan de mejoramiento de la calidad en salud en el Dispensario Médico Nivel II – Bogotá. Hurtado (2000) menciona que las investigaciones de tipo proyectivo son utilizadas para el diseño de programas desde una perspectiva cuantitativa teniendo en cuenta su alcance, basado en el resultado de la revisión de la literatura.

Ahora bien, en referencia al método se tendrá en cuenta el de tipo deductivo, el cual consiste en encontrar principios desconocidos, a partir de los conocidos (Behar, 2008), es decir, si ya se conocen las problemáticas que aquejan a una zona en específico, lo

que se desea entonces es determinar la manera en la que las estrategias o propuestas de mejora se pueden implementar a fin de subsanar cada fenómeno; el desarrollo de la metodología de la presente propuesta se detallan en la figura 5.



Figura 5. Metodología de la investigación.

Fuente: Tomado de Holística (Hurtado, 2000) y adaptado por el autor.

3.2 Población o fuentes de datos

La población con la cual se trabajó corresponde a tripulantes del Dispensario Médico Nivel II – Bogotá (DMBOG) del área asistencial de distintas profesiones, dentro de las cuales se encontraban bacteriólogos, enfermeros, fisioterapeutas, médicos y psicólogos entre otros, quienes brindaron información acerca de su área de desempeño con el fin de alimentar la Matriz AMEC. Así pues, dentro de los criterios de inclusión se encuentran los siguientes:

Ser trabajador del DMBOG.

Tener relación con los estándares a evaluar.

Aceptación de participación en la investigación.

Consentimiento Institucional otorgado por el encargado del área de calidad.

Es de agregar que este trabajo no contempla criterios de exclusión.

La información suministrada por mencionados profesionales, correspondió a preguntas asociadas con prácticas seguras teniendo en cuenta los siguientes ejes de seguridad:

- Incentivar prácticas de seguras que mejoren la actuación de los profesionales.
- Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad.
- Procesos asistenciales seguros.
- Procesos institucionales seguros.

Así mismo, las fortalezas evidenciadas en los diferentes criterios evaluados, fueron sustentadas con documentación correspondiente a manuales, protocolos, actas, correos, encuestas, informes y matrices, entre otros, pertenecientes a los distintos procesos involucrados.

3.3 Procedimiento

A continuación se presenta el cronograma de actividades asociado al desarrollo del presente proyecto de investigación.

Tabla 1. Cronograma de desarrollo proyecto de investigación

DESCRIPCIÓN GENERAL		TRABAJO DE GRADO I				TRABAJO DE GRADO II			
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
FASE	ACTIVIDAD								
I	Definición del tema de investigación	■	■						
II	Definición del planteamiento del problema		■	■					
III	Planteamiento de los objetivos y justificación		■	■	■				

instructivo de diligenciamiento formato AMEC elaborado por la Dirección General de Sanidad Militar):

Fase 1 Autoevaluación (Formato Excel Plantilla AMEC):

Los criterios incluidos en la pestaña del libro “1. Autoevaluación”, fueron adoptados de las prácticas seguras establecidas en la Guía Técnica “Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de la Protección Social, Versión 001 del 2010, con el fin que el AMEC sea aplicable en los ESM seleccionados y genere un mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de Salud.

Mencionado formato de Excel, se compone de 21 columnas, la cual inicia con el Eje de Seguridad el cual corresponde a la agrupación de prácticas seguras, encontrándose entre ellas las siguientes:

- Procesos institucionales seguros: Aquellas actividades encaminadas a fortalecer los conocimientos y habilidades para la prestación de servicios de salud.
- Procesos asistenciales seguros: Se enfocan en detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad

La segunda columna corresponde a la práctica segura, cuyos criterios fueron tomados y adaptados de e la Guía Técnicas Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Versión 001. 2010.

La tercera columna se describe la categoría, la cual corresponde a la clasificación que asigna la práctica segura a los criterios en el manual de buenas prácticas del Ministerio o si la práctica pertenece a algún paquete instruccional, encontrándose las siguientes:

- Promoción de la cultura de seguridad.
- Procedimientos de referencia de pacientes.
- Procedimientos para la autorización de servicios
- Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
- Seguridad en la entrega de medicamentos según el acuerdo 052. Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.
- Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
- Definir por parte del Establecimiento de Sanidad Militar los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares.
- Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
- Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos.
- Comparación externa como ayuda para monitorear los aspectos claves de la seguridad del paciente.
- Barreras y defensas – paquete instruccional.
- Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas.
- Prevención de daño inducido por medios de contraste.

La siguiente casilla corresponde al número del criterio, la cual es seguida por la casilla número cinco donde se ubicaran los criterios elemento que el Establecimiento de Sanidad Militar realiza el proceso de autoevaluación para determinar su nivel de implementación (si aplica). Frente a cada criterio se debe evaluar si la práctica propuesta es susceptible de mejora o identifica fallas o problemas en la aplicación en su institución, tal como se observa en la imagen.

	EJE DE SEGURIDAD	PRACTICA SEGURA	CATEGORIA	NO. CRITERIO	CRITERIOS
5		El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Promoción de la cultura de seguridad.	1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".
6					

Figura 6. Formato Excel hoja de autoevaluación (Columnas A al E)

Fuente: Instructivo de diligenciamiento formato AMEC

Las casillas siguientes están relacionadas con las fortalezas, las oportunidades de mejora y el proceso al que impacta.

CRITERIOS	FORTALEZA	EVIDENCIA DE LAS FORTALEZAS	DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO QUE SE IMPACTA
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	NO APLICA	NO APLICA	Implementar en el ESM la encuesta de clima de seguridad del paciente	Comités Institucionales	Procesos de seguridad del paciente

Figura 7. Formato Excel hoja de autoevaluación (Columnas E al J)

Fuente: Instructivo de diligenciamiento formato AMEC

A partir de la columna K de la Hoja de Autoevaluación, se debe tener en cuenta la escala del 1 al 5, para calificar el enfoque (enfoque sistémico, enfoque proactivo y enfoque evaluado y mejorado), la implementación (despliegue en la institución y apropiación por el cliente interno y/o externo) y el resultado (pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación), lo cual arrojará al final la nota a tener en cuenta para posteriormente seleccionar y priorizar.

PROCESO QUE SE IMPACTA	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO				NOTA FINAL	
	Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación por el cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
Procesos de seguridad del paciente	1	3	5	5	4	3	4	5	2	2	3,4

Figura 8. Formato Excel hoja de autoevaluación (Columnas J al U)

Fuente: Instructivo de diligenciamiento formato AMEC

Fase 2 y 3 Seleccionar y priorizar (Formato Excel Plantilla AMEC)

En el libro de Excel, “2 y 3 seleccionar y priorizar”, se encontrará de manera automática la información registrada en los campos practica segura, categoría, N° de criterio, criterios, oportunidades de mejora, calificación cuantitativa y proceso que se impacta.

Teniendo en cuenta tanto la calificación cuantitativa, como la oportunidad de mejora identificada y el proceso al cual pertenece, se indicó en cada oportunidad de mejora si debe ser seleccionada para priorizar.

Para aquellos procesos seleccionados y priorizados, cuya calificación cuantitativa es menor a 3, se realiza una calificación de factores críticos de éxito teniendo en cuenta las puntuaciones asignadas a los aspectos relacionados con riesgo, costo y volumen. Dicha puntuación va de la mano a la convención presentada a continuación:

RIESGO	CRITERIO	COSTO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO
No representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	Si falla la práctica es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan solo algunas veces al año.	1
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	Si falla la práctica trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3
Representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	Si falla la práctica es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5
Calificación total entre >= 75 y 125					
Calificación total entre >= 26 y 74					
Calificación total entre 1 y 25					



Figura 9. Factores CRV

Fuente: Instructivo de diligenciamiento formato AMEC

Fase 4. Calidad esperada y observada (Formato Excel Plantilla AMEC)

En mencionado formato de Excel, se colocaran los criterios, las oportunidades de mejora, el nombre del indicador asociado a la oportunidad de mejora, la fuente del indicador. A los indicadores seleccionados para el monitoreo en AMEC diligencie las siguientes columnas: ▪ Fuente de Información para el cálculo del Indicador. ▪ Responsable de la medición. ▪ Periodicidad de la medición. ▪ Fecha de la Medición Inicial: Fecha de la primera auditoria en la cual se realiza la medición de indicadores. ▪ Calidad Observada Inicial (Resultado Inicial Del Indicador Antes De Las Acciones De Mejoramiento): Registre el valor de la medición inicial del indicador. ▪ Brecha: Diferencia entre la meta (85%) y la calidad observada inicial.

3.5 Técnicas para el análisis de la información.

Para analizar la información, se tendrá en cuenta los datos recolectados en las matrices correspondientes a las primeras cuatro fases de la ruta crítica del Proceso de Auditoría de la Calidad en Salud.

Durante la autoevaluación, para cada uno de los criterios de las prácticas seguras, se describieron las fortalezas y se registraron las respectivas evidencias; así mismo, se efectuó una descripción de la oportunidad de mejora con su respectiva fuente de la oportunidad, según el caso, indicando a su vez el proceso al que dicha acción impactará.

En adición a lo anterior, se calificó de 1 a 5 aspectos relacionados con el enfoque, la implementación y el resultado. Aquellos con puntaje inferior a 3, fueron seleccionados y priorizados.

En esta fase, se calificaron los factores críticos de éxito teniendo en cuenta las variables de riesgo, costo y volumen teniendo en cuenta los siguientes criterios de puntuación.

Finalmente, en la fase de calidad esperada, se tuvieron en cuenta solo aquellos criterios seleccionados y priorizados que obtuvieron una puntuación por encima de 75.

3.6 Consideraciones éticas.

A partir de lo establecido en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, es plausible considerar que el presente proyecto de grado se considera una investigación sin riesgo toda vez que no será aplicada para evaluar a los individuos ni en las situaciones expuestas que requiera la modificación o intervención a nivel biológico, fisiológico o psicológico, será un estudio en la cual se empleara técnicas y métodos de investigación documental; la investigación evaluará el cumplimiento de las condiciones de los lineamientos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud en el Dispensario Médico Nivel II Bogotá (DMBOG).

Los resultados arrojados, serán socializados a las directivas del establecimiento de sanidad donde se realizará la investigación con el propósito de beneficiar el sistema de gestión de Calidad y la prestación de los servicios de salud del DMBOG en pro de la mejora continua beneficiando al personal de usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares adscritos a mencionado dispensario.

Se le garantizará a la institución lo siguiente:

Confidencialidad en el manejo de la información.

Devolución de los hallazgos a los participantes.

Comunicación continua con el responsable del programa de calidad en la institución.

Todos los documentos revisados, evaluados se hará única y exclusivamente en las instalaciones de la institución.

No se copiará ningún documento de la institución y se realizará su verificación bajo reserva.

Los resultados de la investigación no serán socializados ni reportados a entes de control a pesar de los hallazgos.

El consentimiento informado utilizado en la presente investigación se relaciona en el Anexo A.

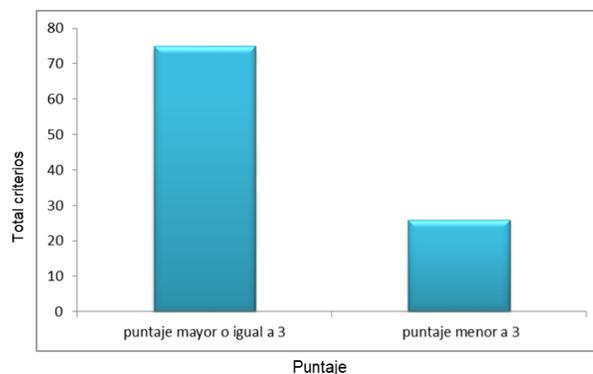
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1 Fase 1 Autoevaluación

La primera actividad realizada correspondió a la fase de la Autoevaluación. A través de ella, se logró elaborar un diagnóstico en el cual se identificaron los problemas de calidad que se presentan en el Dispensario Médico Nivel II - Bogotá, al mismo tiempo que se permitió reconocer aquellas fortalezas con sus respectivas evidencias en lo que respecta a la atención segura del paciente. Los resultados de la autoevaluación fueron consignados en el Anexo B “Formato Matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM V3 (Hoja 1.AUTOEVALUACIÓN)

La puntuación obtenida a partir de la calificación dada de 1 a 5 al enfoque, la implementación y los resultados, determinó posteriormente cuales fueron los procesos a seleccionar y priorizar. Una vez calificados, se observan puntajes que oscilan entre 1 y 4.3, siendo la calificación de mayor frecuencia la de 3.8 aplicada a un total de 39 criterios de los 101 criterios.

A nivel general, una vez evaluados los 101 criterios, se encontró que el 74.3% de ellos cuentan con fortalezas soportadas con evidencia, lo cual, se traduce en puntuaciones cuantitativas con puntajes igual o mayores a 3 en 75 de los criterios evaluados. Lo anterior, se observa en la siguiente gráfica.



Gráfica 10: Criterios vs puntuaciones menores o mayores a 3.

Por fortuna, teniendo en cuenta lo observado en la gráfica, la mayoría de los criterios evaluados cumplen satisfactoriamente con los estándares de atención en salud bajo el enfoque de seguridad del paciente. No obstante, la autoevaluación arrojó que los 26 criterios que obtuvieron una baja puntuación se distribuyen en las siguientes prácticas seguras:

Tabla No 2. Oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación

PRACTICA SEGURA	CRITERIOS
<p>El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.</p>	<p>Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".</p>
<p>El ESM brinda capacitación a los funcionarios, en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, en los procesos a su cargo.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud. *Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución. *La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.
<p>Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red externa.</p>

<p>Estandarización de procedimientos de atención.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición. - Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación. - Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.
	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar socializa, identifica, analiza y define conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, al menos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad de los Neonatos (cuando aplique). - Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las diferentes áreas. - Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.
<p>Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.</p>	<p>En pro del mejoramiento los Establecimientos de Sanidad Militar, referenciar sus resultados con los ESM de las otras fuerzas, con el fin de monitorizar los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, teniendo soporte documental de resultados.</p>
<p>Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar tiene definidos los planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez.</p> <p>El Establecimiento de Sanidad Militar realiza vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos</p>

	de atención en la historia clínica.
Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.	El Establecimiento de Sanidad Militar evalúa las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.
Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.	Contar con una lista de chequeo que incluya criterios de verificación como: identificación del paciente, examen solicitado, examen tomado, examen realizado, tipo de recipiente, empleado, etc
	El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido acciones sistemáticas de auditoría y evaluación tendientes a garantizar que las pruebas solicitadas son pertinentes con la historia clínica del paciente.
	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
	El Establecimiento de Sanidad Militar ha documentado en qué casos excepcionales se harán reportes telefónicos y cómo.
	El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido políticas claras que permitan identificar aquellos resultados que deben ser entregados directamente al paciente (ambulatorios).
	El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido qué tipo de resultados se deben manejar bajo estrictas condiciones de confidencialidad.

Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.

El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido capacitación y reentrenamiento de los técnicos en el manejo de nuevos equipos. Se debe evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son:

- Repetir exámenes que ya se habían realizado.
- Pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente.
- Pedir exámenes con demasiada frecuencia.
- Pedir exámenes inadecuados.
- No especificar en la orden médica la información clínica necesaria.
- Exceso de exámenes complementarios.
- Cumplir con las normas de radioprotección.
- El médico remitente debe tener un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para un uso racional y con la pertinencia debida.
- Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.
- En nuestro país se debe cumplir con la legislación, en cuanto a todo estudio radiológico y debe realizarse previa orden médica escrita (Resolución 9031 de 1990).

<p>Prevención de la malnutrición o desnutrición.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta. - Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes. - Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética. - Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario. - Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista. - Verificar aporte de nutrientes por kilo. - Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. - Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos. <p>El Establecimiento de Sanidad Militar crea/fortalece una cultura institucional en que todas las partes interesadas valoren la nutrición del paciente como parte integral del cuidado.</p> <p>El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con reporte o alertas en la historia clínica relacionada con alimentos o componentes de riesgo según diagnóstico del paciente.</p>
<p>Prevenir el cansancio del personal de salud.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar realiza la identificación del síndrome del quemado mediante la evaluación de riesgos psicosociales.</p> <p>El Establecimiento de Sanidad Militar brinda educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.</p>

	El Establecimiento de Sanidad Militar implementa programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo.
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.
	El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición: - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?) - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?) - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene? - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?.
	El Establecimiento de Sanidad Militar dispone de canales de comunicación a través de chat, redes sociales y mensajes de texto, teléfonos que promuevan estilos de vida saludables y específicos de acuerdo a la patología.
Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, fomentando la transparencia de la información.

A nivel de fortalezas, se resalta en este apartado aquellas con un puntaje mayor a 3.9, por lo cual, a continuación se relacionan los cinco criterios principales asociados a prácticas seguras de este centro médico tal como se registra en la tabla.

Tabla 3. Fortalezas identificadas en la autoevaluación

PRACTICA SEGURA	CRITERIOS
<p>Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.</p>
<p>Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna y hospitalización en la red contratada.</p>
<p>Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar tiene definido los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en el ESM, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y postanalíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.</p>
<p>Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.</p>	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar ha considerado la participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.</p>

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.	El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido directrices para el manejo de resultados de importancia en la vigilancia de la salud pública.
--	---

Por su parte, con una puntuación global por debajo de 1.8, los 5 principales procesos que requieren de intervención inmediata se relacionan a continuación:

En el Anexo B (Hoja 1.AUTOEVALUACIÓN), se describen tanto las fortalezas encontradas en cada uno de estos criterios, así como su respectiva evidencia como la descripción de la oportunidad de mejora con su respectiva fuente, y el proceso al cual impacta.

4.2 Fase 2 y 3 Seleccionar y Priorizar

Teniendo en cuenta el proceso de autoevaluación, se seleccionaron 26 criterios a evaluar y priorizar, los cuales fueron calificados de 1 a 5 en relación al riesgo, costo y volumen, para identificar aquellos considerados críticos de éxito, de tal forma que se seleccionaron 19 criterios cuya puntuación fue igual o mayor a 75.

Tabla 4. Criterios seleccionados y priorizados

CRITERIOS	¿PROCESO	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	A PRIORIZAR?				
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	SI	5	3	5	75

<p>El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a:</p> <p>*Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.</p> <p>*Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución.</p> <p>*La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe</p>	NO	3	3	5	45
<p>El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red externa.</p>	SI	5	3	5	75
<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición. - Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación. - Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la 	SI	5	3	5	75

condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.					
El Establecimiento de Sanidad Militar socializa, identifica, analiza y define conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, al menos en: - Seguridad de los Neonatos (cuando aplique). - Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las diferentes áreas. - Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente.	SI	5	3	5	75
En pro del mejoramiento los Establecimientos de Sanidad Militar, referenciar sus resultados con los ESM de las otras fuerzas, con el fin de monitorizar los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, teniendo soporte documental de resultados.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar tiene definidos los planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez.	SI	5	3	5	75

El Establecimiento de Sanidad Militar realiza vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar evalúa las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.	SI	5	3	5	75
Contar con una lista de chequeo que incluya criterios de verificación como: identificación del paciente, examen solicitado, examen tomado, examen realizado, tipo de recipiente, empleado, etc	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido acciones sistemáticas de auditoría y evaluación tendientes a garantizar que las pruebas solicitadas son pertinentes con la historia clínica del paciente.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar ha documentado en qué casos excepcionales se harán reportes telefónicos y cómo.	NO	3	3	5	45

El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido políticas claras que permitan identificar aquellos resultados que deben ser entregados directamente al paciente (ambulatorios).	NO	3	3	5	45
El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido qué tipo de resultados se deben manejar bajo estrictas condiciones de confidencialidad.	NO	3	3	5	45
El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido capacitación y reentrenamiento de los técnicos en el manejo de nuevos equipos. Se debe evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias, como son: - Repetir exámenes que ya se habían realizado. - Pedir exámenes complementarios que seguramente no alteraran la atención al paciente. - Pedir exámenes con demasiada frecuencia. - Pedir exámenes inadecuados. - No especificar en la orden médica la información clínica necesaria. - Exceso de exámenes complementarios. - Cumplir con las normas de radioprotección. - El médico remitente debe tener un conocimiento claro de los estudios por modalidad, sus indicaciones, contraindicaciones así como las limitaciones y complicaciones de los mismos, para un uso racional y con la	NO	3	3	5	45

<p>pertinencia debida.</p> <ul style="list-style-type: none">- Conocer la posibilidad del diálogo del médico tratante y el radiólogo que permita tener criterios claros para la solicitud y la evaluación de los exámenes.- En nuestro país se debe cumplir con la legislación, en cuanto a todo estudio radiológico y debe realizarse previa orden médica escrita (Resolución 9031 de 1990).					
--	--	--	--	--	--

<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta. - Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes. - Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética. - Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario. - Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista. - Verificar aporte de nutrientes por kilo. - Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. - Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos. 	SI	5	3	5	75
<p>El Establecimiento de Sanidad Militar crea/fortalece una cultura institucional en que todas las partes interesadas valoren la nutrición del paciente como parte integral del cuidado.</p>	SI	5	3	5	75
<p>El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con reporte o alertas en la historia clínica relacionada con alimentos o componentes de riesgo según diagnóstico del paciente.</p>	SI	5	3	5	75

El Establecimiento de Sanidad Militar realiza la identificación del síndrome del quemado mediante la evaluación de riesgos psicosociales.	NO	3	3	5	45
El Establecimiento de Sanidad Militar brinda educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar implementa programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.	SI	5	3	5	75
El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición: - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?) - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?) - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene? - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?.	SI	5	3	5	75

El Establecimiento de Sanidad Militar dispone de canales de comunicación a través de chat, redes sociales y mensajes de texto, teléfonos que promuevan estilos de vida saludables y específicos de acuerdo a la patología.	NO	3	3	5	45
El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, fomentando la transparencia de la información.	SI	5	3	5	75

En el Anexo B (Hoja 2Y3.SELECCIONAR Y PRIORIZAR) se encuentran registradas las calificaciones cuantitativas y el proceso o servicio al que impacta, complementando la información registrada en la tabla anterior.

4.3 Fase 4 Calidad esperada

A los criterios priorizados, se les estableció como meta del indicador el 85 %, lo cual equivale a una puntuación de 4,25, de forma tal que la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada osciló entre 1.45 y 3.25, siendo la brecha más baja (1.45) la correspondiente al criterio No 1, el cual obtuvo una puntuación inicial de 2.8; y la brecha más alta (3.25) la correspondiente al criterio No 91 con una puntuación inicial de 1.

En la tabla relacionada a continuación, se indica para cada uno de los criterios la brecha entre calidad observada y la calidad esperada, así como la oportunidad de mejorar con la cual se busca lograr los estándares de calidad en concordancia con lo estipulados en las guías de buenas prácticas clínicas bajo el enfoque de seguridad del paciente.

Tabla 5. Calidad esperada

N°	CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIDAD OBSERVADA INICIAL (RESULTADO INICIAL DEL INDICADOR ANTES DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO)	BRECHA (DIFERENCIA ENTRE LA META Y LA CALIDAD OBSERVADA INICIAL)
1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.	2,8	1,45
7	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red externa.	Establecer estrategias de seguimiento a los contratos de la red externa en relación a continuidad y seguridad de la atención.	2,2	2,05

9	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición. - Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación. - Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados. 	<p>Definir e implementar herramientas para realizar seguimiento a los tiempos de espera del servicio de ambulancia, atención prioritaria.</p>	2,1	2,15
---	--	---	-----	------

11	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar socializa, identifica, analiza y define conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, al menos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad de los Neonatos (cuando aplique). - Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las diferentes áreas. - Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente. 	<p>Establecer mecanismos de control y seguimiento de la entrega oportuna de elementos e insumos por parte del proceso de suministros externos.</p>	1,7	2,55
14	<p>En pro del mejoramiento los Establecimientos de Sanidad Militar, referenciar sus resultados con los ESM de las otras fuerzas, con el fin de monitorizar los aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, teniendo soporte documental de resultados.</p>	<p>Realizar acercamiento con responsable de seguridad del paciente de FAC, para realizar comparaciones de aspectos claves de la seguridad del paciente.</p>	1,9	2,35
17	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar tiene definidos los planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica</p>	<p>Por parte de la DIGSA promover y desarrollar el modulo quirúrgico en salud.sis ya que, en el servicio de cirugía se maneja Historia clinica fisica</p>	1,9	2,35

	electrónica y física a la vez.	y se anexa a la historia digital por no contar con este módulo.		
18	El Establecimiento de Sanidad Militar realiza vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.	Por parte de la DIGSA promover y desarrollar el alarmas para la identificación de pacientes con alergias y demás riesgos de atención.	1,9	2,35
19	El Establecimiento de Sanidad Militar evalúa las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.	Verificar que las áreas críticas cuenten con la evaluación de las condiciones ambientales para minimizar los riesgos de infecciones intrahospitalarias.	2,7	1,55
32	Contar con una lista de chequeo que incluya criterios de verificación como: identificación del paciente, examen solicitado, examen tomado, examen realizado, tipo de recipiente, empleado, etc	Concertar con la líder de laboratorio la creación de una lista de chequeo para la verificación de: identificación del paciente, examen solicitado, tomado, realizado, tipo de recipiente.	1,9	2,35
33	El Establecimiento de Sanidad Militar ha definido acciones sistemáticas de auditoría y evaluación tendientes a garantizar que las pruebas solicitadas son pertinentes con la historia clínica del paciente.	Solicitar a la dirección del dispensario la asignación de un médico auditor que pueda evaluar la pertinencia de las pruebas solicitadas.	1,9	2,35
35	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no	Solicitar a la dirección de sanidad los protocolos para el cuestionamiento de resultados de laboratorio.	2,7	1,55

	coincidan con la historia clínica del paciente.			
73	<p>El Establecimiento de Sanidad Militar debe promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta. - Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes. - Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética. - Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario. - Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista. - Verificar aporte de nutrientes por kilo. - Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. - Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos. 	<p>Establecer mecanismos de control y seguimiento de la información registrada en la historia clínica para garantizar que se encuentra completa y acorde a las guías de práctica clínica. Por parte de las Directivas del establecimiento desarrollar e implementar un cronograma de capacitación al personal de nutrición y dietética.</p>	1,8	2,45

76	El Establecimiento de Sanidad Militar crea/fortalece una cultura institucional en que todas las partes interesadas valoren la nutrición del paciente como parte integral del cuidado.	Promover al personal asistencial el fortalecimiento de la cultura para la valoración y seguimiento del estado nutricional de los usuarios.	2,7	1,55
77	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con reporte o alertas en la historia clínica relacionada con alimentos o componentes de riesgo según diagnóstico del paciente.	Solicitar ante la DIGSA el desarrollo e implementación de alertas en la historia clínica de pacientes que cuenten con componentes de riesgo nutricional según su diagnóstico.	1,5	2,75
82	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda educación en el síndrome de agotamiento, comportamientos de adaptación y herramientas para prevención y auto cuidado.	Solicitar a DISAN la inclusión de estrategias para la identificación del síndrome de agotamiento.	2,3	1,95
84	El Establecimiento de Sanidad Militar implementa programas dirigidos a la adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo.	Solicitar a DISAN la inclusión de estrategias y/o programas dirigidos a a adquisición de destreza para la resolución de problemas, asertividad	2,3	1,95
87	El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para formar al personal de salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.	Solicitar a DISAN la inclusión de estrategias y/o capacitaciones para formar al personal en salud en técnicas de comunicación con el paciente y comunicación asertiva.	2	2,25

91	El Establecimiento de Sanidad Militar establece mecanismos para invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición: - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?) - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?) - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene? - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?.	Diseñar e implementar mecanismos para ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	1	3,25
101	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, fomentando la transparencia de la información.	Solicitar a la DISAN las directrices sobre como proporcionar información a los pacientes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, fomentando la transparencia de la información.	1,9	2,35

En el Anexo B (Hoja 4.CAL ESPERADA Y OBSERVADA), se registran aspectos complementarios como lo son el indicador, la meta del indicador, la fuente del indicador y el responsable del cumplimiento del mismo.

Las oportunidades de mejora asignadas, se encuentran dentro del alcance a corto y mediano plazo para ser llevadas a cabo por parte del responsable asignado, se tuvo en cuenta tanto los recursos físicos como humanos requeridos para el desarrollo de la actividad.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La elaboración de la ruta crítica en un programa de auditoría de calidad en salud es un proceso esencial para garantizar la eficiencia y efectividad en la mejora de la atención médica. Al identificar y secuenciar las actividades críticas, se logra una asignación eficiente de recursos, se reducen los riesgos y se promueve la mejora continua en la calidad de la atención médica. La ruta crítica se convierte así en una herramienta clave para abordar los desafíos en el sector de la salud y asegurar que los pacientes reciban la atención de alta calidad que merecen.

Con respecto a este tema, se han efectuado diferentes estudios, entre ellos el elaborado por Gonzalez, A. & Martinez, K. (2021) quienes concluyen a partir de la revisión literaria que “el común denominador en las IPS son los incumplimientos al sistema de habilitación, sean grandes o pequeños evidenciando algunas faltas lo que demuestran que hace falta continuidad, compromiso y disciplina en la gestión de la calidad en las IPS, hecho similar a lo observado en el Dispensario Médico Nivel II – Bogotá, el cual requiere de actividades para fortalecer el proceso de mejora continua y cumplimiento de estándares de calidad en atención en salud.

Las herramientas para seguimiento y evaluación son importantes para controlar el estado actual de procesos de calidad en salud con el objetivo de tener una visión detallada de su estado y buscar formas de mejoramiento continuo.

Al realizar este estudio y elaborar la ruta crítica del PAMEC en sus primeras cuatro fases, se puede observar como se debe asegurar y cumplir con los estándares y regulaciones establecidas por instituciones como el ICONTEC y organismos de salud (EPS, secretarías de salud y entes de vigilancia). Esto contribuye a mantener la certificación y la acreditación, y demuestra el compromiso con la calidad de la atención para nuestros pacientes y usuarios.

A través de la implementación de auditorías y evaluaciones detalladas, se pueden identificar ineficiencias y cuellos de botella mejora en los procesos internos de la institución o procesos. Esto permite implementar cambios y optimizaciones que conducen a una mayor eficiencia y fluidez en la atención al paciente.

Al realizar la ruta crítica del PAMEC, se promueve una cultura de seguridad en la institución de salud al resaltar la importancia de la identificación y prevención de errores médicos y eventos adversos. Los profesionales de la salud se vuelven más conscientes de los riesgos potenciales y se esfuerzan por crear un entorno más seguro.

Elaborar la ruta crítica en instituciones pertenecientes al régimen de excepción, incentiva la participación del personal en las auditorías y el proceso de mejora continua fomentando un sentido de propiedad y responsabilidad en la calidad de la atención. Así pues, los profesionales de la salud se sienten más empoderados para sugerir mejoras y contribuir activamente a la implementación de cambios positivos.

El éxito del PAMEC en la práctica depende de su implementación efectiva. Para ello, se requiere una estructura sólida y un enfoque basado en la evidencia.

Si bien la ruta crítica del PAMEC no se completó, los elementos aquí consignados servirán de base para dar continuidad al proceso hasta lograr el aprendizaje organizacional y el cumplimiento óptimo de todos los criterios de acuerdos a lo estipulado en los estándares de calidad de atención en salud.

La normatividad vigente en relación a los procesos de auditoría sirve como derrotero para orientar y regular las buenas prácticas clínicas.

6. REFERENCIAS.

Brown, L. (2018). Gestión de calidad en salud: Estrategias y métodos. Pearson.

Brown, R. (2020). Optimización de recursos mediante la ruta crítica en el PAMEC. *Journal of Health Economics*, 28(5), 567-580.

Comisión Mixta. (2020). Metas Nacionales de Seguridad del Paciente. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/>

De Pelekais, C. de. (2000). Métodos cuantitativos y cualitativos: diferencias y tendencias. *Telos: Revista De Estudios Interdisciplinarios En Ciencias Sociales*, 2(2), 347 - 352. Recuperado a partir de <http://ojs.urbe.edu/index.php/telos/article/view/997>

Foro Nacional de Calidad. (2019). Incubadora de medidas. http://www.qualityforum.org/Setting_Specific_Measures_Standards/Measure_Incubator.aspx

Giraldo, M. (2015). Auditoría de la calidad en salud: Herramienta de mejora continua. Ediciones de la U.

Gonzalez, A. & Martinez, K. (2021) *Evaluación de estándares de habilitación y desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC en la IPS Iryec Fisioterapist en Chia Cundinamarca*. Revisado de <https://repositorio.iberro.edu.co/server/api/core/bitstreams/bf65d72a-96ca-4eec-af60-20a6b284168c/content>

Gómez, A. (2019). Auditoría de calidad en salud en Colombia: Evaluación y mejora continua. *Revista de Salud Pública*, 45(3), 321-335.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Capítulo 1. Similitudes y diferencias entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. En Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P (6a Ed), Metodología de investigación (págs. 2 - 31). McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de <http://www.ebooks7-24.com.iberobasesdedatosezproxy.com/?il=721>

Hernández, D. (2019). Pasos clave para la elaboración de la ruta crítica en auditoría de calidad en salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 35(2), 125-140.

Instituto para la Mejora de la Salud. (2018). Cómo mejorar. <https://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>

Jones, A. (2015). Evaluación y mejora de la calidad de atención médica. Educación McGraw-Hill.

Jones, M. (2015). Mejora de la calidad de la atención sanitaria mediante auditorías: una guía completa. Wiley.

Jones, S. (2021). Ruta crítica en auditoría de calidad en salud: Estrategias para reducir riesgos. *Health Policy and Planning*, 36(1), 89-102.

Lemus, A. (2017). Calidad en la atención médica: Conceptos, herramientas y sistemas de gestión. Editorial Médica Panamericana.

López, M. (2020). La auditoría de calidad en el sistema de salud colombiano. *Revista de Investigación en Salud*, 12(2), 45-59.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2008) Lineamientos para la

implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Revisado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Minsalud (s.f), *Auditoría para el mejoramiento de la calidad* Revisado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>

Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 03 de abril de 2006

Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 06 de mayo de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC): Guía de implementación. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social de Colombia (2007) Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Revisado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Moreno, E. (2022) *Evaluación de los procesos prioritarios dentro de la farmacia de conformidad a la ruta crítica del PAMEC en La Clínica La Carolina S.A.* Revisado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/60906/EVALUACI%C3%93N%20DE%20LOS%20PROCESOS%20PRIORITARIOS%20DENTRO%2>

[ODE%20LA%20FARMACIA%20DE%20CONFORMIDAD%20A%20LA%20RUTA%20CRITICA%20DEL%20PAMEC%20EN%20LA%20CLINICA%20LA%20CAROLINA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/828/Programa%20de%20auditoria%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20PULCARDI.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Ossa, L & Rojas, A. (2017) *Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en PULCARDI*. Revisado de <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/828/Programa%20de%20auditoria%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20PULCARDI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez, J. (2021). Elaboración de la ruta crítica en auditoría de calidad en salud: Enfoque práctico. *Revista de Calidad en Salud*, 18(1), 78-92.

Rojas, C. (2017). Implementación de la ruta crítica en el Programa PAMEC: Lecciones aprendidas. *Revista de Gestión en Salud*, 25(3), 215-230.

Sanidad Fuerzas Militares (s.f.) Dirección de Sanidad Naval – Plataforma estratégica. Revisado de <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/direccion-sanidad-naval/institucional/entidad/vision-mision>

Schwalbe, K. (2018). *Gestión de proyectos sanitarios*. Prensa CRC.

Smith, J. (2010). *Auditoría de Calidad en Salud: Conceptos y Aplicaciones*. Editorial Médica Panamericana.

Smith, P. (2019). El enfoque de la ruta crítica en auditoría de calidad en salud: Un análisis comparativo. *Journal of Healthcare Quality*, 42(4), 311-325.

Tanner, J. (2015). *Evaluación de la atención sanitaria: una breve introducción*. Prensa CRC.

ANEXOS

ANEXO A. Formato de consentimiento informado para investigaciones en el área de la salud

APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA ESTABLECER LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS PROCESOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS O PRIORITARIOS DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II – BOGOTÁ CON EL FIN FORTALECER CONDUCTAS QUE CONLLEVEN A LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

**FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES-POSTGRADO DE GERENCIA EN LA CALIDAD DE SALUD
COORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**

Yo,

Con documento de identificación CC () DE() CE () PAS()#

Actuando como (*seleccionar una de las dos opciones siguientes*):

() Usuario autónomo, de manera libre y voluntaria, en ejercicio pleno de mis facultades.

() Acompañante o responsable de [*Nombre de la persona o menor de edad que participará en la prueba o procedimiento pero que no es autónoma para autorizar su propia participación*] con documento de identificación RC () TI () CC () DE () # , según las facultades que me confiere la ley colombiana (Decreto 1546/98, artículo 9) o por delegación del usuario directamente.

Hago constar que

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas/procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada **“ESTABLECIMIENTO DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS PROCESOS IDENTIFICADOS COMO CRÍTICOS O PRIORITARIOS EN EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II – BOGOTÁ”** y los posibles riesgos que se puedan generar de la prueba o procedimiento, autorizo mi participación o la de la persona bajo mi responsabilidad, en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías, o a las de la persona bajo mi responsabilidad.
3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán en la Corporación Universitaria Iberoamérica, Sede Bogotá, bajo la custodia del grupo de investigación, adscrito al programa académico de Gerencia en la Calidad en Salud, perteneciente a la **Facultad de Ciencias empresariales** de la Corporación Universitaria y la responsabilidad de los investigadores participantes en el proyecto/producto.
4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge, miembros de la familia y médicos (o profesionales de salud tratantes) de los participantes.
5. En caso de requerir mis datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de la prueba o procedimiento para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones de casos clínicos y publicaciones, entre otros tipos de espacios de divulgación científica, autorizo su uso, si así lo considero, a través de la firma de este documento.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del usuario y/o acudiente con su respectiva huella:

 Firma del usuario

Huella índice derecho

 Firma del acudiente

Huella índice derecho

Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Investigador principal

Coinvestigador 1

Coinvestigador 2

ANEXO B Formato Matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM V3

matriz entrega ultimo - Microsoft Excel

	D3	MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3							
1	A	B	C	D	E	F	G	H	
2			MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD			Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3 Proceso Garantía de la Calidad en Salud		 Inicio	
3									
4									
5									
6	Nota: Las oportunidades de mejora listadas en esta sección se traen automáticamente de la hoja "1. Autoevaluación"								
7	PRACTICA SEGURA	CATEGORIA	NO. CRITERIO	CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACION CUANTITATIVA	PROCESO O SERVICIO QUE SE IMPACTA	¿PROCESO A PRIORIZAR?	
8									
9	El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Promoción de la cultura de seguridad.	1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de Sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.	2.8	Misionales	SI	
10	El ESM brinda capacitación a los funcionarios, en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, en los procesos a su cargo.	No aplica	2	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: *Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud. *Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución. *La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe	Fortalecer la capacitación al cliente interno sobre aspectos de seguridad del paciente en los diferentes servicios.	2.6	Misionales	SI	
11			7	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red externa.	Establecer estrategias de seguimiento a los contratos de la red externa en relación a continuidad y seguridad de la atención.	2.2	Misionales	SI	
12			9	El Establecimiento de Sanidad Militar debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de: - Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición. - Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en	Definir e implementar herramientas para realizar seguimiento a los tiempos de espera del servicio de ambulancia, atención prioritaria	2.1	Misionales	SI	
13	Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.							
14									
15	Estandarización de procedimientos de atención.								
16									

PARA CALIFICAR PASO 1 / 1.AUTOEVALUACIÓN / PARA CALIFICAR PASOS 2Y3 / 2Y3.SELECCIONAR Y PRIORIZAR / 4.CAL ESPERADA Y OBSERVADA