

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

(2007)

ISBN: 978-958-98220-6-7

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad
de la Atención en Salud

Autores:

Ministerio de la Protección Social
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
Asociación Centro de Gestión Hospitalaria

Nombre editorial: Imprenta Nacional de Colombia
Bogotá, D. C., 2007

RESERVA DEL DERECHO DE AUTOR

Revisión y ajuste: **Jaime Guerrero Guerrero**
Francisco Raúl Restrepo Parra.
Julio César Vergel Garnica
Nancy Guillot Solano
Ministerio de la Protección Social

© MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando
se mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.



Libertad y Orden

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA
Viceministra de Salud y Bienestar

ANDRÉS FERNANDO PALACIO CHAVERRA
Viceministro de Relaciones Laborales

ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN
Secretaria General

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios



Libertad y Orden

**DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD DE SERVICIOS**

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad

JAIME GUERRERO GUERRERO M.D.
NANCY GUILLOT SOLANO M.D.
FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
JULIO CÉSAR VERGEL GARNICA M.D.
Consultores

Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud

TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ
Directora Ejecutiva

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES
2007



**ASOCIACIÓN
CENTRO DE
GESTIÓN
HOSPITALARIA**

DIRECTOR GENERAL DEL PROYECTO

JULIO PORTOCARRERO MARTÍNEZ

EQUIPO TÉCNICO

CARMEN ELISA NUÑEZ SAAVEDRA M.D.

SERGIO LUENGAS AMAYA M.D.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción	15
1. Marco Conceptual	17
1.1. Atención en salud	17
1.2. Calidad de la atención en salud.....	18
1.3. Mejoramiento Continuo de la Calidad	19
1.4. Atención Centrada en el Cliente.....	22
1.5. La Seguridad del Paciente	23
1.6. Incentivos	23
1.7. En conclusión.....	25
2. Descripción del Modelo	29
2.1. Principios que orientan la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención.....	30
2.2. La estrategia de la Auditoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	30
2.3. Niveles de operación de la auditoría	33
2.4. Tipos de acciones de la auditoría	35
2.5. Procesos de auditoría según tipos de entidad	38
2.5.1. Auditoría en las entidades administradoras de planes de beneficios	39
2.5.1.1. Autoevaluación de la Red de Prestadores	39
2.5.1.2. Atención al Usuario	40
2.5.2. En las instituciones prestadoras de servicios de salud	40
2.5.2.1. Autoevaluación de la Prestación de Servicios de Salud	40
2.5.2.2. Auditoría de la Atención al Usuario	41

	Pág.
2.5.3. Procesos de auditoría externa de las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales	41
2.5.4. En las entidades departamentales, distritales y municipales de salud	44
2.5.4.1. En su función de asistencia técnica	44
2.5.4.2. Auditoría para Implementar en los Entes Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales - En su Condición de Compradores de Servicios de Salud	45
2.6. Perfil de equipo y las acciones de auditoría en el contexto de la organización y del líder del programa o equipo de auditoría	47
2.6.1. La auditoría y el control interno.....	47
2.6.2. Actividades que no constituyen auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	47
2.6.3. El líder del equipo que realiza la auditoría.....	48
2.6.4. La evaluación por pares.....	50
2.7. Articulación de la auditoría con los demás componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud	51
2.7.1. Análisis de la articulación con cada componente	51
2.7.2. Vigilancia de los eventos adversos como una herramienta de auditoría	54
2.7.3. La gestión de la utilización	55
2.8. En conclusión.....	55
3. Implementación del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	57
3.1. La caja de herramientas de la auditoría	58
3.2. Etapas de una auditoría	59
3.2.1. Primer paso: autoevalúe.....	61
3.2.2. Segundo paso: definición de prioridades	62
3.2.3. Tercer paso: definición de la calidad esperada.....	62
3.2.4. Cuarto paso: medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios –identificación de la calidad observada	64
3.2.4.1. Procedimientos de auditoría.....	64
3.2.4.1.1. Planear la auditoría	64

	Pág.
3.2.4.1.2. Ejecutar la auditoría	65
3.2.5. Quinto paso: formulación del plan de mejoramiento	65
3.2.6. Sexto paso: ejecución del plan de mejoramiento	66
3.2.7. Séptimo paso: evaluación del mejoramiento	66
3.2.8. Octavo paso: aprendizaje organizacional	67
3.2.9. Estandarización de procesos.....	67
Anexo Comités: herramienta para hacer seguimiento a los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	69
Comités Obligatorios	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo PHVA	21
Figura 2. Representación Gráfica de lo que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad implica según el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006.	32
Figura 3. Estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para el nivel de auditoría	42
Figura 4. Relación de Auditoría con el Sistema Único de Habilitación para IPS y con el Sistema Único de Acreditación	53
Figura 5. Esquema del modelo de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	56
Figura 6. Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.	58
Formato 1. Formato para hacer seguimiento a los planes de acción	60

INTRODUCCIÓN

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

El propósito de estas Pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales y anodinas y convirtiendo a la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

1. MARCO CONCEPTUAL

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad *“concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”*¹, lo cual, con los últimos planteamientos atinentes a clasificación de los métodos, expresados por Donabedian a sus alumnos², implica que las metodologías a través de las cuales se implementan, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

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

1.1. ATENCIÓN EN SALUD

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la

¹ Decreto 1011 de 2006, artículo 32.

² Suñol, R. Clasificación de los Métodos, I Seminario Internacional en Evaluación y Mejora de la Calidad, Bogotá, 1966.

atención en salud³ definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

- Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.
- Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁴.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

- Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre **beneficios, riesgos y costos**, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.
- Se concede una gran importancia a la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro

³ Decreto 1011 de 2006, artículo 2.

⁴ Decreto 1011 de 2006, artículo 2.

de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

- El concepto de **nivel profesional óptimo** debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.
- Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.
- Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

1.3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick⁵ en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial⁶, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.
- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.
- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA⁷. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. En forma gráfica, el ciclo se presenta en la Figura 1.

⁵ "Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud", Rosa Suñol / Joaquim Bañeres en Saturno P, ¿Qué es la Calidad? Publicado en Calidad Asistencial en Atención Primaria, Tomo I, Murcia, 1998.

⁶ Donabedian, Avedis. Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad, Revista de Calidad Asistencial, 1994; 1:31-39.

⁷ También denominado ciclo de Shewart, o Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA.

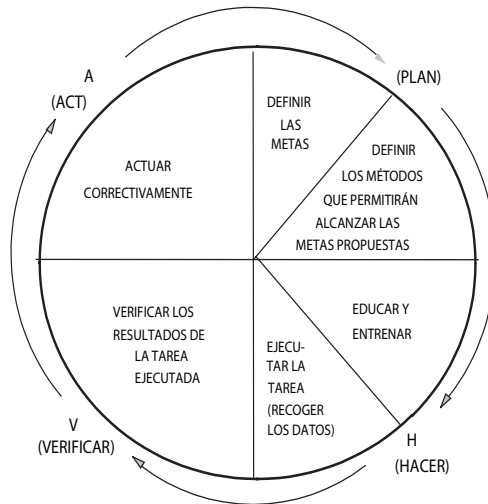


Figura 1. Ciclo PHVA

La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo; a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

- Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
- Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.
- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido

con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.

1.4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE

El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerequisite para obtener los resultados centrados en el usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.
- La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.

- El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

1.5. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

1.6. INCENTIVOS

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se construye como un sistema de incentivos para la calidad, las acciones que se deriven de la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad deben generar incentivos. Se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita,

estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996).

También se parte de la premisa de que un Sistema de Garantía de Calidad, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica –estructura y proceso– sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad, (Ruelas, 1994). La garantía de la calidad está dada en gran parte por la forma en que se diseña y opera el sistema de salud y el permanente monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la atención.

Un incentivo se define como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado, o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera:

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

Donabedian propone, como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector de la salud, la congruencia con lo que concebimos como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales profundamente arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del Sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles. Ruelas, por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que estos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta la racionalidad

económica de la calidad –calidad implica ahorro– y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño.

1.7. EN CONCLUSIÓN

Definir la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un componente de mejoramiento continuo implica:

- Que su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente.
- Que aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la auditoría⁸.
- Que sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.
- Que se basa en la evidencia, tanto en la medida en que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares.
- Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia).
- Que su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalización en el profesional y en la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluación y el autocontrol.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema

⁸ Donabedian, Avedis. La Calidad de la Atención Médica, Revista de Calidad Asistencial 2001: 16: S29-S38

de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Para la correcta implementación de estas metodologías hay algunos problemas operativos que tienen que ser solucionados, por parte del profesional o la institución que la implementa:

- No toda evaluación es útil, lo es aquella que apunte a problemas importantes, y aplique métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad). No es tan importante describir lo que se está haciendo, es realmente importante describir cuáles han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad.
- En la auditoría se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas.
- Debe combinar técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad) con el despliegue de comités, evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo.
- Aunque la auditoría en salud no constituye investigación clínica, sí comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología.
- En consecuencia, deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoría, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.
- Debe garantizar el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la adecuada delegación de procesos de evaluación que no afecten la validez y confiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje.

Finalmente, la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere. Solamente si lo anterior se da, la podremos considerar exitosa.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.

2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

El propósito de este capítulo es explicar los principios y los elementos constitutivos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo con el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

El propósito de la auditoría es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo conocedora de los procesos prioritarios que la organización debe definir a partir del seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, cuya finalidad es proteger a los usuarios de los principales riesgos que se presentan durante el proceso de atención en salud y orientándose al logro de los estándares de acreditación. Sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la calidad observada con la calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para elaborar, implementar y hacer seguimiento a los planes y actuar para el mejoramiento, de manera que se impacte el cumplimiento de los estándares, para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).

2.1. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son:

Promoción del Autocontrol: La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque Preventivo: La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y Respeto: La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

2.2. LA ESTRATEGIA DE LA AUDITORÍA EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD

La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios, en el que ninguno tiene más importancia que otro.

Dentro del sistema de garantía de calidad la auditoría se convierte en la herramienta fundamental para el logro a cabalidad de los demás componentes.

Es importante que la institución tenga claro que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PA-MEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada.

De acuerdo con estos lineamientos, el enfoque de la auditoría para el mejoramiento de la calidad es el de un instrumento de evaluación y mejoramiento; para ser efectiva deberá ser sistemática y tener como objetivo fundamental contribuir a la mejora de los resultados en las organizaciones, centrados en la atención del paciente. Objetivo que es posible de cumplir en la medida en que en su implementación se centre a los miembros de las organizaciones para la toma de decisiones con base en hechos y datos objetivos, en la capacidad de autogestionarse y de autocontrolarse.

Es importante recordar que para que la auditoría sea eficiente debe obedecer a una planeación sistemática, debe estar basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad preestablecida.

Teniendo en cuenta los elementos conceptuales generales para el sistema obligatorio de garantía de calidad tratados en el capítulo anterior y lo mencionado anteriormente en este capítulo, se hace más claro el enfoque de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud propuesto por el Decreto 1011 de 2006: “Para todos los efectos debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan”⁹.

Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

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

⁹ Artículo 32. Parágrafo. Decreto 1011 de 2006.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas;
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Una representación gráfica de la estrategia de mejoramiento que tal planteamiento de la norma incentiva es la siguiente:

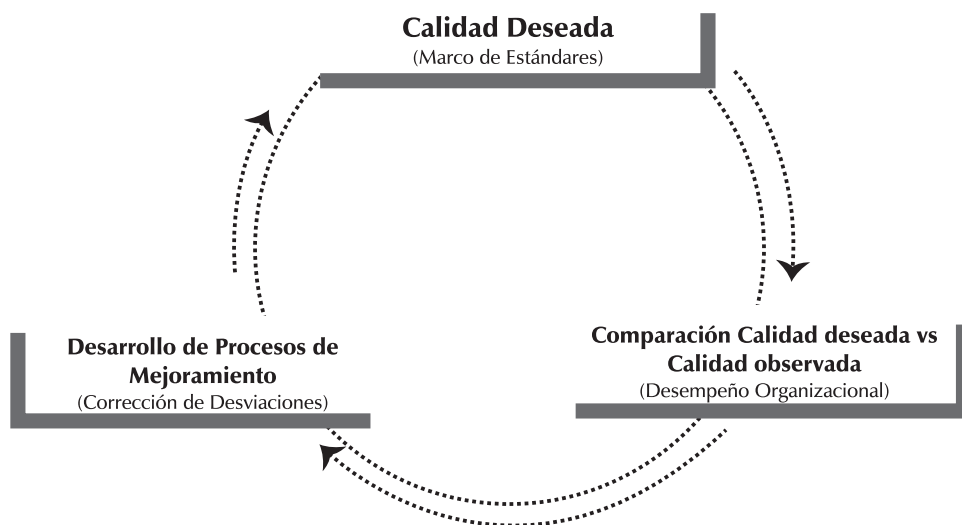


Figura 2. Representación Gráfica de lo que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad implica según el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006.

Para que las organizaciones apliquen con éxito el modelo de auditoría deben iniciar por la definición de los principales problemas de calidad en la organización (procesos prioritarios), que se realizará a partir del seguimiento a riesgos establecido en el Manual Único de Estándares y Verificación (Sistema Único de Habilitación), la autoevaluación de los estándares de acreditación y el sistema de información para la calidad: indicadores de calidad y eventos adversos trazadores.

De igual forma, las organizaciones deberán definir en forma explícita, deliberada y formal una metodología para establecer la calidad esperada en los procesos prioritarios seleccionados, los mecanismos de medición, los resultados a lograr y los canales para informar los hallazgos.

Una vez establecidas las respectivas metas, la organización debe documentar su estado actual frente a ellas para así establecer la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada. Tanto la meta como la situación actual deberán incluir los indicadores respectivos que garanticen su monitorización permanente para evaluar los logros obtenidos.

Para disminuir efectivamente la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, la institución deberá elaborar planes de mejoramiento que contengan las acciones correctivas a implementar, garantizando la aplicación del ciclo gerencial PHVA. La aplicación del plan de mejora representa un doble reto: en primer lugar, la aplicación oportuna de acciones que bloqueen en forma efectiva las causas de los problemas y, en segundo lugar, la utilización de la información obtenida, con el propósito de evitar errores en el futuro, fortalecer el proceso de planeación de la calidad y, de ser necesario, actualizar los niveles de calidad deseada, con lo cual se avanza dentro del proceso de mejoramiento continuo, en la medida en que se está llevando a cabo un aprendizaje organizacional.

En síntesis, para que la función de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud cumpla con su razón de ser implica, para la organización, la realización de las siguientes actividades:

- Identificación de problemas de calidad (procesos prioritarios) con base en el seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación, la autoevaluación realizada frente a los estándares de acreditación, los indicadores y los eventos adversos trazadores del sistema de información para la calidad.
- Establecimiento de la meta respectiva: definición de la calidad esperada.
- Medición y seguimiento del desempeño de los procesos prioritarios: identificación de la calidad observada.
- Aplicación y seguimiento de Acciones de Mejoramiento consistentes, tendientes a disminuir la brecha entre la calidad esperada y la calidad observada.
- Aprendizaje organizacional para actualizar la planeación de la calidad en el proceso de mejoramiento continuo (Cierre del Ciclo PHVA).

2.3. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá implementarse en las instituciones y entre las organizaciones. Para promover que las instituciones del sector desarrollen acciones que promuevan la aplicación del enfoque propuesto para la auditoría, la norma establece que el modelo

operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa; los dos primeros operan en el nivel de microgestión, y el tercer nivel, en el de mesogestión.

De esta forma, el nivel óptimo en que actúa la auditoría es el **AUTOCONTROL**, que establece que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización”¹⁰.

El autocontrol será posible en la medida en que la organización:

1. Diseñe y Estandarice sus procesos de manera participativa,
2. Realice esfuerzos permanentes para capacitar y entrenar a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan, y
3. Apodere a sus miembros para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

El segundo nivel, o **AUDITORÍA INTERNA**, “es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”¹¹.

La auditoría interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

1. El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
2. La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
3. El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

¹⁰ Decreto 1011 de 2006. Artículo 33.

¹¹ Decreto 1011 de 2006. Artículo 33.

La auditoría interna debe evitar a toda costa los enfoques punitivos centrados exclusivamente en la supervisión o inspección, cuyo propósito fundamental es la búsqueda de culpables para sancionar. Estos modelos generalmente conducen a un falso autocontrol, caracterizado por la simulación de calidad durante las inspecciones.

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, “es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden”¹². Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados.

Estos acuerdos podrán realizarse preferiblemente con base en los indicadores definidos por el sistema de información para la calidad (Resolución 1446/06). En la medida en que las Entidades Territoriales de Salud se comporten como compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada, se incluyen en este ámbito.

En síntesis, las EPS y entes que se les asimilan, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deben diseñar e implantar un Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, que implica el desarrollo de acciones de autocontrol y auditoría interna.

En el caso de las EPS y entes que se les asimilen, el programa de auditoría debe incluir, además, el componente de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de sus redes de servicios. Esta misma consideración se aplica a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en tanto se comporten como compradoras de servicios para la población pobre no afiliada.

2.4. TIPOS DE ACCIONES DE LA AUDITORÍA

Para que el modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado, se deben promover en la organización las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura del mejoramiento continuo y la del autocontrol.

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidos en las organizaciones que promuevan el logro

¹² Decreto 1011 de 2006. Artículo 33.

del mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

En relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan.

El primer grupo son las **ACCIONES PREVENTIVAS**, entendidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma”¹³.

Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados.

Son ejemplos de acciones preventivas: el ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud y la concertación precontractual entre las EPS e IPS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la auditoría externa.

El segundo grupo son las **ACCIONES DE SEGUIMIENTO**, las cuales se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizar su calidad”¹⁴. Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día es una responsabilidad del nivel de autocontrol, son acciones de control principalmente de primer orden.

El papel del nivel de la auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir, de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera, se evitarán los riesgos y los costos derivados de una auditoría que interfiere con los procesos

¹³ Decreto 1011 de 2006. Artículo 34.

¹⁴ Decreto 1011 de 2006. Artículo 34.

evaluados. En este sentido, debe recordarse que el enfoque de auditoría es el de mejoramiento continuo, y no el de inspección de calidad; por lo tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la auditoría interna; en el campo de la auditoría externa se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplos de acciones de seguimiento: las evaluaciones que realizan los miembros de una organización sobre los resultados de su propio trabajo, los estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones de utilización, las encuestas de satisfacción realizadas internamente por la organización o externamente por la EPS sobre los usuarios atendidos por la IPS, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de atención con base en el análisis de historias clínicas y las evaluaciones realizadas por los comités institucionales, entre otras.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar, corregir oportunamente y prevenir su recurrencia.

Esta es la razón por la cual el modelo de auditoría contempla la realización de las llamadas **ACCIONES COYUNTURALES**, definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia”¹⁵.

¹⁵ Decreto 1011 de 2006. Artículo 34.

Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural aquellas definidas por la aparición de eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, como por ejemplo, un aumento en la demanda de prestación de servicios de salud no esperada, un aumento en la frecuencia de casos de alto costo, la reducción repentina de la oferta de servicios, etc., son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución.

Las acciones son un continuo en el tiempo; así, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.

2.5. PROCESOS DE AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD

De acuerdo con la norma, el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades¹⁶.

Como se ha planteado a lo largo del capítulo, los niveles y las acciones de la auditoría deberán ser implementados en el mejoramiento de los procesos prioritarios de las instituciones y el sistema; en este punto es importante recalcar que la auditoría es una función organizacional y requiere que en forma previa se establezca la metodología a ser utilizada para su desarrollo en todos los niveles de la institución, con el propósito de promover la homologación de significados y la construcción de una cultura organizacional propia.

En coherencia con el propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el enfoque del mismo, se consideran tres categorías de procesos prioritarios alrededor de los cuales se desarrollan los diferentes niveles y acciones del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en una entidad:

- En primer lugar, se reconocen como procesos prioritarios aquellos definidos por la norma.
- En segundo lugar, aquellos que tengan que ver con los problemas en calidad que impacten de manera importante la salud de la población, la adecuación de la utilización de los recursos o la satisfacción del usuario.

¹⁶ Decreto 1011 de 2006, artículo 35.

- En tercer lugar, aquellos que las organizaciones establezcan como fundamentales para el logro de la calidad deseada en la prestación de los servicios para sus usuarios.

Estos conceptos se concretan en la formulación del marco de estándares que define la calidad observada, contra la cual se desarrollarán las actividades de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

2.5.1. AUDITORÍA EN LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS¹⁷

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud deberá centrarse en los procesos considerados como prioritarios para el sistema:

2.5.1.1. Autoevaluación de la Red de Prestadores

Las EAPB deberán definir, desarrollar y evaluar las acciones de auditoría en los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización conocer su desempeño y contribuir al cumplimiento de calidad esperada para el sistema en relación con:

- la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud,
- el sistema de referencia y contrarreferencia y
- el estado de habilitación de las IPS y profesionales independientes que integran la red.

El PAMEC de las EAPB deberá dar respuesta a preguntas tales como: ¿Cómo se planea la red?, ¿cuáles son los criterios de calidad utilizados para la contratación de la red?, ¿cómo la institución hace seguimiento a los cambios de la demanda para generar las acciones que les permita dar oportunidad en los servicios requeridos?, ¿cómo se analiza y generan acciones por cambio del perfil epidemiológico de la población afiliada? Además, los mecanismos utilizados para asegurar a sus afiliados un sistema de referencia y contrarreferencia que garanticen acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad a sus usuario y continuidad en la atención. Finalmente, establecer un mecanismo que garantice a sus usuarios que las instituciones y profesionales con que contrata como mínimo cumplen con el Sistema Único de Habilitación.

¹⁷ Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, así como en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su función de compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada

2.5.1.2. Atención al Usuario

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como fundamento el usuario, motivo por el cual el establecer un mecanismo explícito, deliberado y sistemático para evaluar la satisfacción del cliente con los procesos de atención en salud se convierte en imperativo del sistema.

Mecanismos que deberán ser no sólo de tipo retrospectivo, como los sistemas de quejas y reclamos, encuestas y entrevista de satisfacción que tienen como objetivo principal conocer la percepción del usuario, posterior a recibir el servicio, sino la implementación de aquellos que permitan conocer las necesidades y expectativas que tienen los usuarios de los servicios a recibir. Los primeros son mecanismos que permiten implementar acciones de seguimiento y coyunturales y los segundos acciones preventivas.

Aspectos que podrían ser parte de los procesos de satisfacción de los usuarios en este tipo de organización son aquellos relacionados con el acceso, la oportunidad y pago de prestaciones económicas, la adherencia y fidelización del cliente externo, entre otros.

Los procesos prioritarios objeto de la auditoría para el mejoramiento de la calidad a ser seleccionados por las organizaciones serán de igual forma parte del programa de auditoría; para la identificación de los mismos la institución podrá utilizar la herramienta que considere, siempre que cumpla con los criterios de validez, confiabilidad, respete el principio de la evaluación por pares y esté basado en evidencia.

2.5.2. EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán incluir en su programa de auditoría mecanismos para evaluar la satisfacción del cliente, proceso que es prioritario en el marco del Sistema, y mecanismos para abordar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización (procesos priorizados), de manera que se garanticen los resultados esperados en la prestación de los servicios.

2.5.2.1. Autoevaluación de la Prestación de Servicios de Salud

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).

Para ello deberán tomar como patrón de referencia lo establecido en el estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación (Anexo Técnico 1 - resolución 1043 de 2006), la autoevaluación sobre los estándares de acreditación (resolución 1445 de 2006) y los indicadores del sistema de información para la calidad (resolución 1446 de 2006).

Para tal fin, la institución podrá utilizar la herramienta que considere, la cual deberá ser adoptada institucionalmente, conocida por todos y estar documentada.

2.5.2.2. Auditoría de la Atención al Usuario

Al igual que para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, los prestadores de servicios de salud deberán identificar y desarrollar mecanismos eficientes y efectivos para conocer la satisfacción del usuario con los servicios recibidos e implementar acciones de tipo coyuntural y de seguimiento para mejorar o mantener los resultados esperados.

De igual forma, deberán definir y desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios frente a los servicios a recibir en la institución para implementar acciones preventivas para el logro de los resultados esperados.

Entre los aspectos que pueden evaluarse están: acceso, oportunidad en la prestación del servicio, trato de los profesionales, trato del personal de la institución, oportunidad y calidad de la información recibida por el equipo de salud responsable de su atención.

2.5.3. PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS¹⁸ SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES

La aplicación del nivel de auditoría externa establecido en la norma tiene su razón de ser en la relación entre los actores del sistema.

La aplicación de este nivel de auditoría requiere que las organizaciones no pierdan de vista los pilares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de

¹⁸ Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, así como en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su función de compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada.

mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, aspectos que deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios (Figura 3).

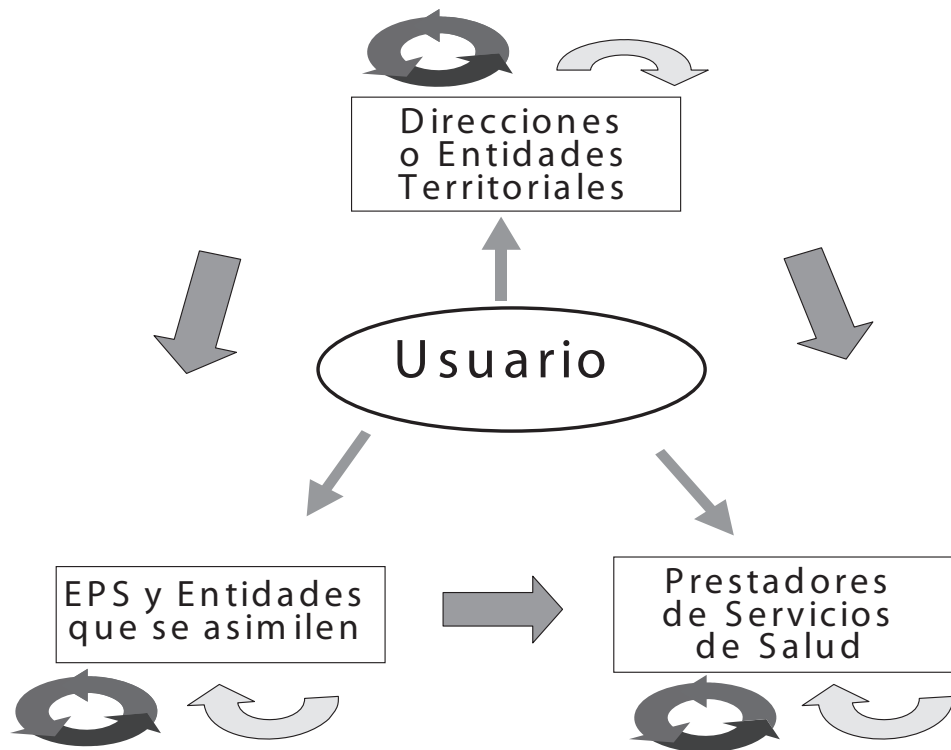


Figura 3. Estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para el nivel de auditoría.

El propósito del nivel de auditoría externa es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol en las instituciones objeto de la auditoría, lo anterior es posible en la medida en que los niveles de auditoría externa se diseñen e implementen en el Sistema conociendo y aplicando procedimientos de auditoría que aseguren que la entidad cuenta con los mecanismos internos (nivel de auditoría interna y autocontrol) necesarios y suficientes como para cumplir con el propósito establecido entre las organizaciones. En una frase, es un control externo al sistema de auditoría de la institución. Por esta razón el modelo de control establecido por la norma se suele denominar control de segundo orden y requiere haber establecido en forma previa a la realización operativa de la auditoría acuerdos en temas tales como qué procesos son prioritarios de mejoramiento para lograr los resultados en la atención en salud, en los criterios y métodos a ser utilizados en la evaluación, lo cual incluye indicadores, conformación de los equipos de auditoría, mecanismos para resolver no acuerdos entre las partes, entre otros.

En la implementación de los modelos de auditoría externa con enfoque de control de segundo orden, las organizaciones se encontrarán en un continuo que está limitado, en un extremo, por aquellas entidades que no han desarrollado sistemas explícitos de auditoría interna y autocontrol y, en el otro extremo, por aquellas entidades que cuentan con sistemas avanzados de autocontrol. En el primer caso, la labor de la auditoría externa es facilitar el desarrollo de un sistema de control intrínseco en la institución auditada. En el segundo caso, la auditoría externa se concentrará en el control de la calidad del sistema de auditoría intrínseco de la organización auditada.

Entender el proceso de auditoría externa como parte de un proceso de aprendizaje organizacional tiene consecuencias directas sobre la estructura que se requiere para respaldarlo. Los equipos de auditoría, por ejemplo, no estarán compuestos por funcionarios de la entidad que audita exclusivamente, sino que podrían ser equipos integrados por miembros de las dos entidades. Esta forma de integrar los equipos de auditoría facilita el establecimiento de relaciones de cooperación basadas en la confianza, potencia el proceso de auditoría al hacer uso del conocimiento y relaciones que poseen los miembros de la entidad auditada respecto de su propia entidad y permite un proceso de aprendizaje en la entidad auditada, aspectos que requieren acuerdos explícitos entre los dos tipos de entidades con respecto a los procesos asistenciales que serán auditados y los instrumentos, criterios y métodos que se van a utilizar durante la ejecución de la auditoría.

Con base en todo lo anterior, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud podrán conocer con antelación los distintos indicadores de calidad (Calidad deseada) de unos y otros con el objetivo de retroalimentarse y coordinar sus procesos específicos de auditoría, **para el crecimiento y fortalecimiento de la calidad en ambas direcciones y siempre con el carácter de concertación entre las partes.**

Por lo tanto, el inicio de un buen programa de auditoría entre las partes se basará en la identificación de los siguientes objetivos:

- Definir claramente la calidad deseada y cómo esta será entendida en los términos de la relación que se implemente, tal como está planteado en el ítem 3.4 “definición de la calidad esperada”.
- Concertar las metodologías de evaluación de la calidad que se llevarán a cabo, que respeten los planteamientos de validez y confiabilidad expresados en estos lineamientos, así como la evaluación por pares.
- Fijar qué sistema de monitorización se va a seguir.
- Establecer los indicadores y eventos trazadores que se evaluarán.
- Utilizar la información para retroalimentarse.
- Construir confianza mutua, basada en el mutuo beneficio.

Tanto los aseguradores como los prestadores facilitarán la logística y los elementos operacionales necesarios para el desarrollo de las actividades de auditoría, incluyendo la revisión de la historia clínica, siempre que se haga cumpliendo con la obligación legal de garantizar su custodia por parte de la institución prestadora de servicios de salud¹⁹, con objeto de verificar la calidad de la atención en salud, quedando en libertad de solicitar la revisión por pares cuando el caso lo amerite.

Hay que recordar siempre que el único fin del éxito de estos programas, es asegurar la mejor atención en salud para superar las expectativas de los usuarios.

2.5.4. EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD

2.5.4.1. En su función de asistencia técnica

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 39 del Decreto 1011 de 2006, a estas organizaciones les corresponde asesorar a las EAPB y las IPS en el desarrollo de sus procesos de auditoría, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la población en su jurisdicción.

Este proceso debe partir del diseño e implantación de acciones para divulgar y capacitar a las organizaciones de su jurisdicción en materia de los niveles de calidad esperados en la atención en salud de su población, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y sobre los criterios y métodos mediante los cuales se realizará el seguimiento requerido, para velar por un mejoramiento efectivo de la calidad de la atención en salud. Es importante incluir el abordaje a realizar para la priorización de problemas de calidad (procesos prioritarios), definición de la calidad esperada y observada y la elaboración e implementación de planes de mejoramiento acordes con los problemas identificados.

El Ente Territorial a su vez debe conocer la situación epidemiológica de su red para con base en ella realizar los ajustes de la política de salud y dar asistencia técnica a las organizaciones de su jurisdicción en métodos y herramientas para el diseño e implantación del PAMEC de que tratan estas pautas, en cuanto a su intencionalidad y diferenciándolo de las auditorías de cuentas médicas, glosas, etc. No hay que olvidar que la finalidad de la auditoría solamente se cumple cuando se mejoran los resultados de la atención centrados en el paciente, para lo cual se habrá debido retroalimentar y direccionar a la organización en la mejora de los procesos claves de la atención que se hayan identificado como responsables de las fallas presentadas.

¹⁹ Resolución 1995 de 1999.

Es responsabilidad del Ente Territorial incentivar en las IPS la implementación articulada de los demás componentes del SOGC. Así mismo, es importante que se concierte la vigilancia a los eventos adversos trazadores a los que quiere hacerse seguimiento por el Sistema.

2.5.4.2. Auditoría para Implementar en los Entes Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales - En su Condición de Compradores de Servicios de Salud

Al tener definido el líder del equipo de auditoría y el equipo de auditoría, si así lo determina la dirección y/o el secretario del Ente territorial, estos deben conocer los procesos prioritarios ya definidos con la participación activa de la dirección.

Deben conocer la calidad deseada, para que puedan comparar más adelante con la Calidad observada dirigiendo este análisis a las causas que afectaron el logro de los resultados. Con esto, se comienza a trabajar por la calidad, como se define en el Sistema de Garantía de Calidad, que es el fundamento de la auditoría para el MEJORAMIENTO CONTINUO de la atención en salud. Al contratar con los prestadores los servicios de salud para la atención de la población vinculada, son muchos los insumos que se pueden tomar para el proceso de auditoría. Deben tener definidos como procesos independientes lo que se relaciona con vigilancia y control, asistencia técnica, verificación de habilitación y proceso de auditoría cuando hacen seguimiento a la red de prestadores con los que contratan la prestación de servicios de Salud a su población vinculada.

Los Entes Territoriales, **al contratar con los prestadores la atención en salud de su población vinculada**, podrán diseñar un programa de auditoría que les permita evaluar la calidad de sus prestadores, programa de auditoría que debe ser previamente definido y concertado de manera precontractual donde quede claro que les debe servir de retroalimentación para que así se le brinde la mejor atención al usuario y se levanten planes de mejora a los procesos de unos y otros para impactar todo el Sistema de garantía de calidad en salud.

Definido lo anterior, se diseñará un programa de auditoría siguiendo estos pasos:

1- Identificar los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), y conocer cuál es la situación actual de las organizaciones al respecto (calidad observada)

En este nivel, los indicadores trazadores del sistema de información para la calidad contemplados por la resolución 1446 de 2006 serán parámetros importantes para la concertación de los mecanismos de auditoría, así como los eventos adversos trazadores y los indicadores de seguimiento a riesgo del sistema único de habilitación (resolución 1043 de 2006). Del intercambio de información deben resultar estrategias compartir para, que active el crecimiento recíproco.

2- Definir la calidad deseada para el sistema y velar por la elaboración de planes de mejoramiento consistentes con los problemas de calidad identificados que permitan disminuir la brecha entre la calidad deseada y la calidad observada.

Para ello es necesario diseñar un plan para identificar las causas que afectan los resultados esperados y emitir recomendaciones que lleven a la implementación de acciones de mejora dirigidas a las desviaciones detectadas en el logro de los resultados. Deben generarse informes para el director incluyendo las recomendaciones y haciendo partícipes y conocedores de la evaluación a los responsables de los procesos. (Aprendizaje organizacional).

3- Realizar seguimiento estricto al cumplimiento de los planes formulados y promover el cierre de ciclos en la organización.

Es muy importante verificar el cumplimiento de la implementación de las acciones de mejoramiento y el impacto que tienen, para así corregir las desviaciones fomentando el crecimiento organizacional. Hay que hacer seguimiento a la implementación de estas mejoras para que se mida el impacto al sistema de salud, dentro del respeto por la autonomía de las instituciones.

Dentro de la red se deberá dar especial atención a los siguientes procesos:

- a) Suficiencia de la red: demora en ubicación de pacientes en los servicios, entrega de medicamentos, logro de una cita para apoyo diagnóstico. Mecanismos de seguimiento para analizar los cambios de la demanda.
- b) Sistema de referencia y contrarreferencia: Cantidad de usuarios y oportunidad de ubicación en urgencias y consulta externa a niveles superiores de complejidad, efectividad de las contrarreferencias en el departamento. Hay que cuestionar, en que está fallando posiblemente el primer nivel y si se están implementando oportunamente los programas de prevención y promoción.
- d) Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos.

Con los resultados que arroja el seguimiento anterior, se podrá diseñar una herramienta que ayude a identificar, como **insumos para la auditoría**, fuentes de riesgo para la población más vulnerable; se puede medir, por ejemplo, enfermedad individual o por epidemia, grupos etarios (vejez, prematuridad, nacimientos múltiples), para ver sus efectos en el sistema. Una vez se tengan identificados los factores de riesgo para la población, evaluar la gravedad, generando indicadores que sirvan para medir la frecuencia en el contexto departamental y municipal y con estos resultados, el director y/o secretario **priorice las intervenciones a mejorar** que lleven a disminuir los eventos que están afectando la calidad de vida de la población vinculada, **con un impacto final que debe ser mejorar el nivel de vida de toda la población vulnerable.**

2.6. PERFIL DEL EQUIPO Y LAS ACCIONES DE AUDITORÍA EN EL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN Y DEL LÍDER DEL PROGRAMA O EQUIPO DE AUDITORÍA

2.6.1. LA AUDITORÍA Y EL CONTROL INTERNO

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud hace parte del Sistema de Control Interno, en la medida en que este último constituye el “control del control” y al igual que ocurre con otros procesos de la organización, verifica si efectivamente el nivel de autocontrol y la auditoría están cumpliendo con el propósito para el cual ha sido planteada por la norma.

Esto es diferente a confundir la oficina o área de auditoría para el mejoramiento de la calidad con una dependencia de la oficina o área de control interno de la organización, situación esta que no es deseable, dado que los procesos a través de los cuales se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad son eminentemente técnicos y específicos de salud y constituyen la forma a través de la cual se retroalimentan para mejorar los procesos de atención en salud, tanto en la prestación como en el aseguramiento. No significa lo anterior que el control interno no sea un proceso técnico: también lo es en cuanto al despliegue de sus metodologías de evaluación y verificación, pero no entra a determinar los contenidos técnicos específicos de la auditoría en salud, verifica que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se realice de acuerdo con los lineamientos establecidos por la organización y el marco definido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, pero no entra a definirles a las áreas de auditoría tales contenidos, lo cual es competencia de la dirección de la organización con el concurso de las áreas técnicas y administrativas que tienen a cargo el liderazgo y aplicación de los procesos de auditoría en todos sus niveles: autocontrol, auditoría interna y/o auditoría externa cuando fuere pertinente.

2.6.2. ACTIVIDADES QUE NO CONSTITUYEN AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

No son actividades de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:

- Revisiones del cumplimiento de requisitos de la estructura o de la existencia de procesos que dupliquen la habilitación y no estén de manera explícita centrados en la funcionalidad de procesos prioritarios.
- La revisoría de las cuentas médicas y de hospitalización, ni el manejo de las glosas. Es importante por parte del líder auditor y su equipo analizar en qué medida las causas que originan esas glosas están relacionadas con la calidad, para iniciar ciclos de mejoramiento que conlleven a acciones correctivas que se reflejen en la mejora de la calidad de la atención.

- Autorización de servicios, aun cuando las fallas de calidad detectadas durante este proceso pueden constituir insumo para las acciones de auditoría.
- Interventoría de contratos, pero los hallazgos de la auditoría sí pueden constituir un valioso insumo para el interventor formarse una idea del grado en el cual lo contratado se está brindando con las especificaciones de calidad requeridas.
- Auditoría de Sistemas de Gestión de la Calidad (ISO 19011), la cual, aunque no es opuesta y sí es convergente con los propósitos de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, no la sustituye.
- Actividades de vigilancia y control.

Tanto la organización como la auditoría, tendrán en cuenta que las actividades se desarrollarán de manera responsable y teniendo como primer criterio la seguridad del paciente, y en ningún momento criterios relacionados con la contención de costos a expensas de la prestación de servicios necesarios y adecuadamente utilizados; por lo cual si se diere tal situación durante el desarrollo de las acciones de auditoría, y como consecuencia de decisiones del líder o del equipo de auditoría el paciente sufre algún daño en su vida o su integridad, el hecho de estar desarrollando este tipo de actividades no exime al líder de auditoría y al equipo o a la organización de las responsabilidades legales a que se diere lugar.

2.6.3 EL LÍDER DEL EQUIPO QUE REALIZA LA AUDITORÍA

En las organizaciones en las que se haya alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, el nivel de auditoría interna podrá estar ausente. Cuando las organizaciones lo consideren pertinente pueden decidir la adopción de un líder que no necesariamente es el jefe del área de auditoría, lo cual es competencia de definición por parte de la organización, con el respeto a las normas legales y técnicas que le sean aplicables.

Es importante también, para tener presente por los directores de las distintas Instituciones de salud, que la implementación de un equipo de auditoría y su **líder**, no sería necesario (si así lo decide la dirección), en instituciones de baja complejidad, con pequeña infraestructura, bajo número de camas y recurso humano acorde a lo anterior, donde se facilita alcanzar un nivel de autocontrol que haría exitoso el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

En caso de decidir la adopción de la figura de líder del equipo de auditoría, es deseable que cumpla un perfil, teniendo en cuenta que **la ejecución de un procedimiento de auditoría de cualquier clase es una actividad que requiere,**

en quien la realiza, no solo capacidad como auditor, sino conocimiento particular y profundo del tema o de la disciplina del saber humano respecto de la cual se realiza la auditoría, y el líder de equipo es quien debe garantizar que el anterior principio se cumpla:

- Ser un profesional, preferentemente del área de la salud, que conozca la terminología específica del tema salud, con amplios conocimientos clínico-asistenciales-administrativos, con formación y/o experiencia en auditoría. Esta característica no aplica cuando los procesos técnicos que deba auditar el equipo no tengan relación directa con los procesos asistenciales, en cuyo caso el líder del equipo se recomienda que sea una persona que garantice “el dominio de conocimiento” del área o proceso auditado, aunque no sea profesional del área de la salud.
- Poseerá el don de convocatoria para que genere la cultura del autocontrol en todos los niveles de la organización, ser facilitador con un amplio sentido de cooperación para identificar ágil y objetivamente los distintos problemas de calidad que afecten la buena atención en salud y sepa involucrarse en el logro de una solución cuando la calidad observada no sea la calidad deseada.
- Su rol en el Sistema será de catalizador, sus conclusiones de auditoría y sus recomendaciones deben ser una parte más de los proyectos de mejora dentro del mejoramiento continuo de la calidad.
- Las recomendaciones que dé el líder auditor deben estar encaminadas a las diferencias que detecte entre la calidad observada y la calidad deseada y fomentar el mejoramiento de los procesos relacionados con el no cumplimiento de los estándares.
- Podrá interactuar con los diferentes responsables de los procesos que se hayan identificado como prioritarios, para el logro de los correctivos y acciones preventivas que conduzcan al mejoramiento continuo de la entidad.

El auditor líder podrá conformar un equipo, si así lo dispone la dirección, para que apoye el proceso de auditoría para el seguimiento a los distintos estándares, recopilación de datos, seguimiento a las actividades del día a día y para los programas de auditoría en la relación entre instituciones con las que se tengan contratos para la prestación de servicios de salud y los aseguradores.

Ese equipo podrá ser conformado por personal del área de la salud, profesionales y técnicos con conocimientos de auditoría, o personal entrenado por la misma institución.

2.6.4. LA EVALUACIÓN POR PARES

Tanto el líder del equipo de auditoría como la organización, deben garantizar que durante la aplicación de las técnicas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se respete el principio de la evaluación por Pares:

- *Se entiende por “par” la persona con el dominio de conocimiento en el área o tema que se está abordando en la auditoría. Existirán “pares” según las distintas disciplinas clínicas y no clínicas, como administrativo, financiero, etc. La realización de procedimientos de auditoría por personas que no sean pares distorsiona no solo el método que se aplica para la ejecución del procedimiento, sino el juicio que se emite, y deteriora, en forma grave, las relaciones entre el auditado y la persona que audita o entre aquel y la entidad a nombre de la cual se audita.*
- *La auditoría por PARES lleva a que un profesional de la salud o servicio de salud sea auditado por un profesional de su misma disciplina o especialización. Así, un odontólogo, bacteriólogo, etc., serán auditados por su homólogo **cuando la situación así lo requiera**. Se acepta la utilización de instrumentos de tamizaje (cribaje) en los cuales mediante la utilización de instrumentos de evaluación que contengan criterios de auditoría explícitos y soportados en evidencia científica acerca de su validez y confiabilidad, un personal profesional de menor nivel tecnológico puede desarrollar procesos de auditoría que permitan identificar los problemas de calidad con mayor cobertura y menor costo, siempre y cuando esté bajo la supervisión y tenga el apoyo técnico de un par.*

La revisión del acto médico no podrá ser hecha por profesional distinto a un profesional médico. En caso de tratarse de una especialidad médica específica, el médico auditor deberá basarse en las guías de atención adoptadas por la institución para la evaluación del caso. El personal no médico sólo podrá auditar la Historia Clínica en cuestión de forma y/o tamizaje, mas nunca en situaciones de fondo o pertinencia médica. Si la revisión de la historia clínica se hace para establecer criterios administrativos que lleven a la verificación de cantidades y su costo, podrá realizarse por otros profesionales o técnicos con el conocimiento y preparación para tal fin. Igualmente, cuando se utilicen instrumentos de tamizaje con evidencia sólida acerca de su validez, caso en el cual podrá ser revisada por profesionales y/o técnicos previamente entrenados y solamente en lo referente a los criterios específicos objeto del tamizaje.

2.7. ARTICULACIÓN DE LA AUDITORÍA CON LOS DEMÁS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es un todo único y coherente en el cual sus componentes interactúan para alcanzar su finalidad: “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”²⁰; por separado no es el uno más importante que el otro, al igual que no hay dependencia, pero sus acciones se entrecruzan cuando todas apuntan al **mejoramiento continuo**. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención es el instrumento en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con que cuentan las organizaciones para la disminución de brechas y logro de los resultados esperados en y entre organizaciones en los procesos relacionados con la atención en salud, y que desarrollan en la institución la cultura del mejoramiento continuo.

2.7.1. ANÁLISIS DE LA ARTICULACIÓN CON CADA COMPONENTE

La **HABILITACIÓN** da la seguridad al usuario, que es atendido en instituciones que cumplen con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. El enfoque de auditoría se articula con el sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud al evaluar sistemática y periódicamente los indicadores para hacer seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicios que presta, definidos en el estándar 9 del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006. La habilitación permite generar el piso a partir del cual inician los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

La **ACREDITACIÓN** (resolución 1445 de 2006) va más allá de los estándares mínimos, va a los procesos, que tienen alta correlación con los resultados esperados de la atención en salud (centrados en el usuario) y a mejorarlos en busca de la excelencia, todo dentro de un modelo de mejoramiento continuo, incentivando la cultura del autocontrol y el crecimiento organizacional.

El enfoque de auditoría es congruente con la acreditación en la búsqueda permanente del mejoramiento de la calidad de los procesos inherentes a la atención del cliente; de hecho, la calidad esperada se define también a partir de los estándares planteados en acreditación y a partir de allí se diseñan e implementan

²⁰ Decreto 1011 de 2006, artículo 2.

estrategias y se realiza seguimiento a los logros, con el fin de disminuir la brecha entre lo planteado por el estándar (calidad deseada) y la situación actual de la organización (calidad observada).

El autocontrol y auditoría interna que promueven el nuevo enfoque son la forma de hacer operativo el mejoramiento en el día a día, hacia la integración de los procesos para responder al usuario y obligan la puesta en marcha de comités e indicadores básicos contemplados en el sistema único de habilitación.

Así, tanto la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención como la acreditación miran integralmente el proceso de atención en salud como un continuo clínico-administrativo, que debe comportarse con eficiencia y efectividad en procura de cumplir su finalidad: impactar en el estado de salud del paciente, en el respeto a sus derechos y en la adecuada utilización de los recursos.

Ambas metodologías se diferencian desde el punto metodológico en que, mientras la acreditación es una metodología que busca el mejoramiento mediante la comparación de la institución contra estándares previamente definidos como pueden ser los establecidos en el Sistema Único de Acreditación, que apuntan a un modelo de excelencia, certificando la capacidad que posee de prestar los servicios con calidad, en una mirada proactiva y preventiva, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud lo hace a través de la evaluación concurrente o retrospectiva de los servicios prestados, identificando problemas de calidad, analizándolos y definiendo áreas críticas para las acciones de mejora de la calidad.

Para que estos instrumentos actúen de manera coordinada en una institución, las acciones de la auditoría deben enfocarse hacia aquellos objetivos definidos como prioridad en un plan de mejoramiento; el despliegue de la auditoría debe dirigirse a evaluar si en los procesos prioritarios se están consiguiendo los resultados de calidad hacia los cuales apuntan los estándares de acreditación, y a evaluar los problemas de calidad que están presentes en la organización para afectarlos positivamente. La auditoría debe incentivar la cultura de la autoevaluación y el autocontrol contra los estándares de acreditación. La auditoría, en resumen, es el mecanismo de aseguramiento de las mejoras obtenidas a través de los procesos de acreditación, que se convierten en “centinela”, de su permanencia en el tiempo, así como en el promotor del mejoramiento hacia niveles nuevos y superiores de cumplimiento.

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD reglamentado por la resolución 1446 de 2006 establece una serie de indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. La

auditoría para el mejoramiento de la calidad deberá frente a cada uno de ellos definir prioridades, establecer la calidad observada organizacional, definir la calidad esperada e iniciar las acciones necesarias para la disminución de la brecha.

En forma gráfica la relación de auditoría con el sistema único de habilitación para IPS y con el sistema único de acreditación se observa en la figura 4:

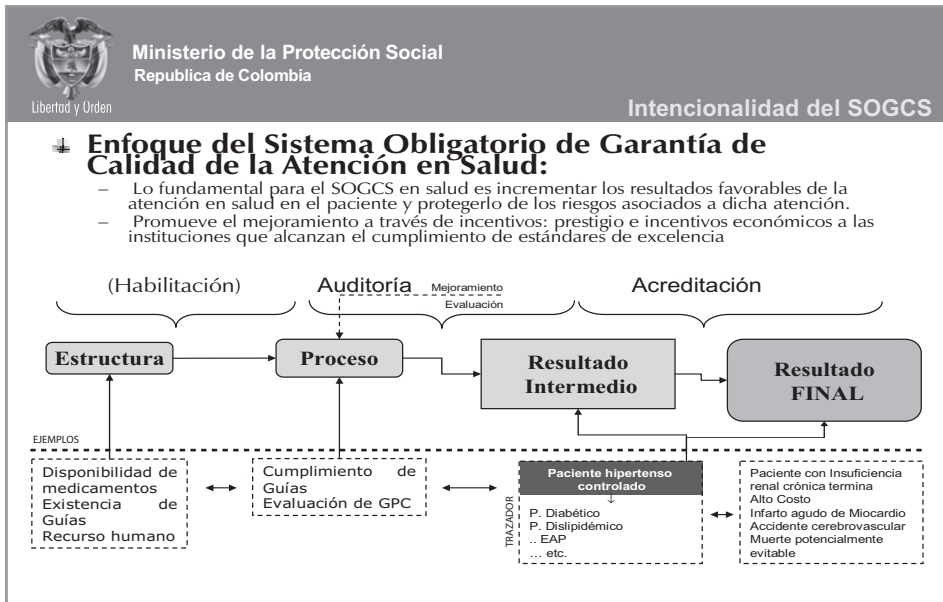


Figura 4: Relación de auditoría con el sistema único de habilitación para IPS y con el sistema unico de acreditación.

Los mismos conceptos anteriores se tienen en cuenta para levantar los indicadores de calidad de la institución: medir por ejemplo cuántos efectos adversos se presentan con la aplicación de medicamentos; cuántos de los pacientes hospitalizados hacen úlceras de presión; cuántas de las veno-punciones son fallidas; cuántos pacientes se caen de la cama; cuántos reciben la dieta equivocada; cuántos hacen reacción a la aplicación de la sangre; qué proporción de pacientes tienen estancia inadecuadamente utilizada. ¿Cuántos pacientes hacen hipotensión severa a la aplicación de anestésicos?, ¿cuántos presentan algún tipo de complicación en sala de recuperación quirúrgica?, etc.

El análisis de estos indicadores debe impactar de manera transversal toda la entidad cuando se concluya por ejemplo: si está comprometido el recurso humano de la institución, si se requiere capacitación, qué tantas de las

complicaciones son arrastradas por el mismo paciente por su comorbilidad asociada, qué está asociado al proceso administrativo financiero del hospital (ej.: no existencia de un medicamento y demora en su consecución). Los procesos de apoyo a los procesos prioritarios pueden arrojar una serie de datos que deben ser analizados por el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en Salud cuando impacten de manera negativa a los procesos prioritarios. Son ejemplos: Qué tanto se cancela cirugía por falta de ropa, por no existencia de insumos anestésicos, por falta de personal que no se reemplaza, qué tanto aumenta la estancia hospitalaria por la demora en un estudio de apoyo diagnóstico o por la no oportunidad en la respuesta de una interconsulta, etc.

2.7.2. VIGILANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS COMO UNA HERRAMIENTA DE AUDITORÍA

Un mecanismo importante para implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención consiste en vigilar eventos adversos en los servicios, cuyos resultados impacten a la Calidad de la institución. Son trazadores porque nos ayudan a identificar riesgos en la atención del paciente; se deben identificar los riesgos inherentes al paciente o su enfermedad, para que se puedan diferenciar de los riesgos generados por la atención médica, atención del personal paramédico o de la institución.

La vigilancia de eventos adversos es obligatoria para todos los actores involucrados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y es común a todos los componentes del sistema.

La vigilancia de eventos adversos y su análisis causal constituyen la “artillería pesada” de la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: A partir de la identificación de los resultados obtenidos en la vigilancia de estos eventos adversos trazadores (resolución 1446 de 2006) debe procederse a establecer una meta (definición de la calidad esperada), realizar un análisis exhaustivo de sus resultados para determinar las causas que afectan su logro e implementar un plan de mejoramiento coherente y consistente con los hallazgos para disminuir la brecha entre la situación actual (calidad observada) y la calidad esperada. Es importante recordar que si no se divulgan ampliamente los resultados y se implementan acciones correctivas, la medición no tendrá ningún éxito.

En su evaluación, es de gran importancia no conformarse con obtener un dato, de esto se puede generar infinidad de información, cómo influyó el manejo en primer lugar. Los factores de riesgo asociados al paciente o los inherentes a la institución nos pueden llevar a emitir conceptos valorativos de inmensa importancia que alimentan a todo el sistema de garantía de la calidad en salud.

2.7.3. LA GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN

De igual manera, se debe generar la cultura de gestión de la utilización, que lleve a identificar por ejemplo estancias inactivas o inadecuadamente utilizadas, utilización inadecuada de medicamentos, utilización no adecuada de los recursos diagnósticos, utilización inadecuada de los servicios de consulta externa (consultador crónico), identificación de eventos adversos indeseables, etc., todo con objeto de disminuir usos innecesarios o inapropiados que se reflejen en los costos de no calidad y en la reducción entre las diferencias de la eficacia y la efectividad atribuibles a la atención médica y asistencial hospitalaria. **Contrario a la práctica comúnmente aceptada, en la auditoría no se considera una gestión eficiente aquella que solo contenga costos. Se es eficiente únicamente cuando se consiga el resultado centrado en el paciente al menor costo.**

2.8. EN CONCLUSIÓN

La auditoría del sistema de calidad en salud está centrada en el usuario, y sus acciones deben ser concordantes con los estándares de Acreditación. NO debe tener como finalidad hacer seguimiento a todos los estándares de todos los procesos de la institución, se debe centrar en la identificación de problemas de calidad y en la información de los procesos administrativos y/o de apoyo en la medida en que afectan directamente o indirectamente la atención del Usuario.

Para tener un mayor control de los indicadores es de gran importancia implementar un cuadro de mando o tablero de indicadores, que lleven a recurrir de una manera ágil y precisa de la información. Recurrir a gráficos, el que mejor les sirva para comparar y analizar los resultados.

Finalmente, es importante aclarar que este modelo se aplicará sin perjuicio de las competencias de Vigilancia, Inspección y Control (VIC) asignadas por la Ley a las Entidades Territoriales de Salud y a los demás organismos considerados en el artículo 1 del Decreto Ley 1280 de 2002.

Para complementar la descripción general del modelo, la Figura 5 ilustra las relaciones entre los agentes involucrados en la aplicación de este modelo en forma general.

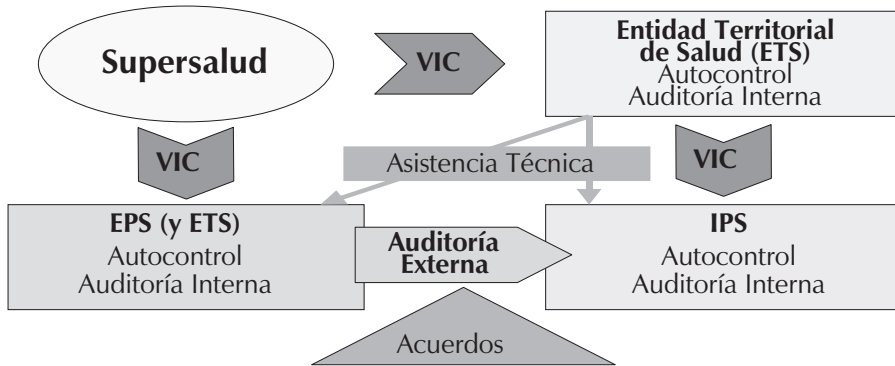


Figura 5. Esquema del modelo de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Como se puede apreciar en este esquema, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en su función de asistencia técnica y compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada, desarrollarán como parte de sus procesos internos la aplicación de los niveles de autocontrol y auditoría interna. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de salud ejercerán la vigilancia, inspección y control (VIC) para el cumplimiento del modelo, de conformidad con las competencias que les asigna la ley. Las Entidades Territoriales de salud tendrán una importante tarea de asistencia técnica a las EPS e IPS de sus jurisdicciones, en la implantación y desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Un caso especial es el de los profesionales independientes en salud (PI), quienes, en su calidad de prestadores de servicios de salud, estarán sujetos a la auditoría externa por parte de las EPS que los incluyan en su red de prestadores y a la VIC por parte de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. En este caso, el nivel de auditoría interna estará ausente, en la medida que las acciones a implementar en el programa de auditoría son del nivel de autocontrol.

3. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El propósito de este capítulo es el de establecer unas directrices generales que sirvan para orientar a las instituciones de salud, sobre la forma de implementar el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad descrito en el capítulo anterior.

Mejorar de manera adecuada los procesos prioritarios correctos implica utilizar metodologías de evaluación y mejoramiento técnicamente diseñadas y basadas en evidencia científicamente probada, de acuerdo con la complejidad de los problemas de calidad enfrentados, de tal manera que los esfuerzos dedicados a la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sean costo-efectivos.

Los planteamientos generales deben plasmarse en metodologías y luego en instrumentos de evaluación y técnicas de mejoramiento aplicables al problema de calidad enfrentado.

Durante el diseño y ajuste del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad institucional deberá tenerse a mano los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente para garantizar la adecuada concordancia de la Auditoría con esta estrategia central del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

3.1. LA CAJA DE HERRAMIENTAS DE LA AUDITORÍA

El diseño del programa de auditoría esta en directa relación con los problemas de calidad de la institución.

Si el problema de calidad es menor, técnicas genéricas o simples pueden ser suficientes, y en este caso las Guías Básicas de Auditoría pueden suplir las necesidades del PAMEC. Pero si el problema de calidad es de mayor complejidad, o la institución tiene un mayor grado de desarrollo, deberá hacerse uso de las herramientas avanzadas específicas de calidad en salud.

La siguiente tabla es de utilidad, como ejemplo de programas o instrumentos que permiten materializar en la práctica la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:

"FRENTE DE TRABAJO" DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	EJEMPLO DE PROGRAMA O INSTRUMENTO
Evaluación y mejoramiento de los resultados clínicos (AUDITORÍA DE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de guías de práctica clínica • Control de cumplimiento y variación en la aplicación de guías de práctica clínica y protocolos de atención • Programas de eventos centinelas y/o eventos adversos • Mortalidad institucional probablemente evitable • Mortalidad materna y perinatal evitable y mejoramiento de la atención al binomio madre-hijo • Programas de gestión clínica • Programas de infecciones nosocomiales • Comités: mortalidad, cove, historias clínicas, Ad-hoc.
Evaluación y mejoramiento de la adecuación de la utilización (AUDITORÍA DE LA EFICIENCIA)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y mejora de la adecuación de la utilización de la estancia hospitalaria • Cancelación de cirugías • Monitoría del paciente consultador crónico • Evaluación de la adecuación de utilización y dispensación de medicamentos • Evaluación de gestión de listas de espera
Evaluación y mejoramiento de la calidad en la dimensión interpersonal (AUDITORÍA DEL SERVICIO)	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de satisfacción de usuarios²¹ • Grupos focales y otros métodos cualitativos • Programas de gestión de quejas y reclamaciones • Incidentes durante la atención

También se recomienda que en todos los programas de auditoría se incluyan métodos de análisis causal y modo de falla.

Los qué y los cómo generales deben ser adaptados técnicamente a las particularidades propias de cada organización; en caso de ser útiles, aquellas organiza-

²¹ Siempre y cuando se consideren los análisis de percepciones vs expectativas

ciones que cuentan con instrumentos y herramientas propias podrán continuar utilizándolas siempre y cuando respondan a estos qué y cómo generales.

El establecimiento del programa de auditoría requiere un esfuerzo de toda la organización, dado el concepto amplio del modelo de la auditoría como función organizacional y de estrategia que contribuye al mejoramiento continuo de la calidad.

A continuación se presenta una guía de la ruta crítica (Figura 6) que podría ser utilizada por las instituciones para establecer y desarrollar el modelo propuesto de auditoría para el mejoramiento continuo de la atención en salud.

3.2. ETAPAS DE UNA AUDITORÍA

Cuando en los diferentes entes de salud programen su PAMEC, se deben seguir estas **actividades**:

Planee, aquí diseña su plan de auditoría, decida anticipadamente la extensión de la auditoría, la oportunidad de la aplicación, conozca los procesos prioritarios definidos por las directivas dentro del direccionamiento estratégico, conozca previamente la Calidad deseada (guías, normas, manuales), identifique las fuentes de información, y quién o quiénes harán el trabajo.

Ejecute, recoja la información utilizando los informes estadísticos, analice la voz del usuario, haga seguimiento a las actividades del día a día analizando el desempeño, involucre aquí a todos los responsables de los procesos prioritarios para que hagan parte activa del proceso de AUTOCONTROL. No se quede en el levantamiento de los indicadores, vaya más a la interpretación identificando los factores de riesgo (eventos adversos) o sea lo más relevante en el logro de los objetivos determinando además cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten al Sistema de Garantía de Calidad de Salud. Diseñe un documento donde consigne los resultados y le sea fácil el acceso a ellos con sus conclusiones y recomendaciones.

Recomiende Soluciones, emitiendo conceptos que lleven al logro de los resultados esperados cuando estos han presentado desviaciones, los cuales deben comunicarse a todos los implicados en la detección del evento para que se siga alimentando la cultura del autocontrol; canalice a la dirección de la institución lo que debe generar un plan de mejora en los procesos y requiera recursos.

Haga **Seguimiento** a la implementación de las mejoras para que verifique su cumplimiento y pueda estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso y mida el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad.

Dentro de las etapas anteriores se identifica un **Ciclo PHVA** que es un ciclo de mejoramiento en el cual se basa la auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud debe centrarse en el análisis de los estándares de los procesos prioritarios dados por la organización y participar activamente en la interrelación de auditoría entre los distintos entes del sistema.

Dentro de la **Ejecución** de la auditoría, tenga en cuenta que lo que no se mida no se puede cambiar, levante indicadores que le permitan hacer monitoreo a los problemas de calidad identificados (procesos prioritarios) y la disminución de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada. Participe activamente en los diferentes **comités** como medida de detección y seguimiento, y verifique su cumplimiento.

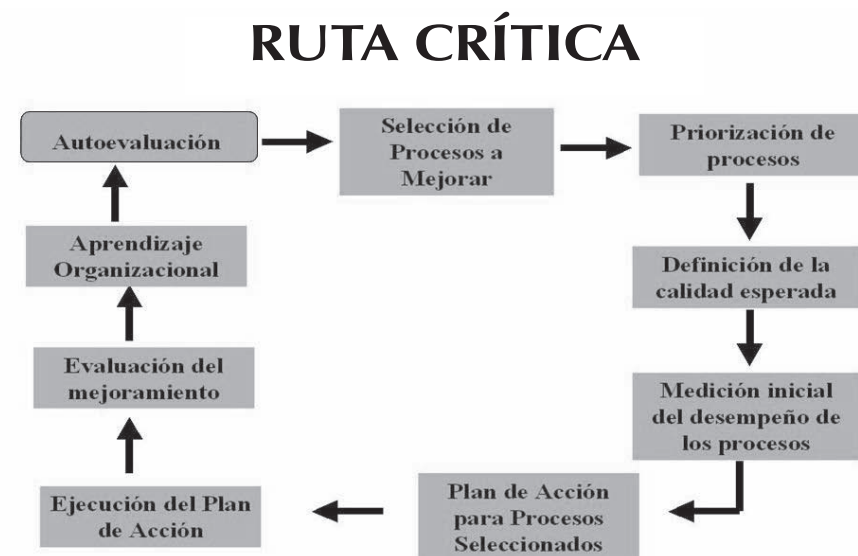


Figura 6. Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

3.2.1. PRIMER PASO: AUTOEVALÚE

El primer paso para que la organización pueda establecer qué se puede mejorar es realizar una autoevaluación, es decir, un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.

La identificación de los problemas de calidad o de los aspectos objeto de monitoreo pueden hacerse a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales se pueden mencionar la “voz del cliente”, las directrices de la alta dirección, los informes de gerencia, las entrevistas o las encuestas a los proveedores de los servicios, los análisis de los procesos claves de la entidad, los registros regulares de la organización, la observación directa, las evaluaciones de gestión o de calidad que se realicen en la empresa y la información resultado de un proceso de referenciación competitiva.

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la autoevaluación deberá realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.

El resultado de la autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas.

La identificación de los procesos a mejorar, resultado de este primer paso no es una función de la auditoría interna, sino del nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol. El papel de la auditoría interna, en aquellas organizaciones donde exista, es promover la aplicación de una metodología unificada en la totalidad de la organización que promueva el diseño, implementación y seguimiento de planes de mejoramiento frente a los problemas de calidad identificados.

3.2.2. SEGUNDO PASO: DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes en las organizaciones y entre las organizaciones.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización pueden utilizarse herramientas de distinta naturaleza, algunas de las cuales son las matrices de priorización, jerarquización y paretos, entre otros. Estas herramientas se detallan en las guías para la implementación de Pautas de Auditoría.

La priorización de procesos deberá realizarse con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios. La decisión sobre cuáles son los procesos prioritarios corresponde al más alto nivel jerárquico de la organización junto con la dependencia responsable de su diseño. Implica el señalamiento oficial de las prioridades a las cuales se aplicarán los recursos disponibles y refleja el compromiso de toda la organización desde las más elevadas áreas de responsabilidad, con la calidad de la gestión corporativa.

Las prioridades dan lugar a una serie de proyectos que en conjunto conforman el programa de auditoría de la calidad y que requieren procedimientos de auditoría específicos para ser realizado; el programa de auditoría deberá ser actualizado permanentemente con los proyectos que van a dar respuesta a los problemas coyunturales que se presentan en el día a día y que permitirán implementar las acciones coyunturales.

3.2.3. TERCER PASO: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna, los profesionales de la institución y los usuarios definen el nivel de calidad esperada a lograr por el proceso.

Definir el nivel de calidad esperada significa asignar la meta hacia la que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido. Para ello deben definirse dos situaciones:

1. Cuando se parte del estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación y los indicadores del sistema de información para la calidad es necesario estimar hacia dónde quiere llegar la institución, con base en parámetros normativos, nacionales o parámetros propios.
2. Cuando se toma como referencia los estándares de acreditación, estos se convierten en la calidad esperada institucional.

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

Para determinar la forma de cómo se espera que se realicen los procesos, se encuentran en las normas, guías o estándares establecidos en la organización; entre los instrumentos se encuentran los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento, de las normas, guías o estándares utilizados en la institución, entre otros.

En este punto es importante recalcar que los indicadores son básicamente, un instrumento de monitoreo y observación de un sistema, que se construyen a partir de la evaluación y relación de variables de un sistema, subsistema o proceso. La medición de estas variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidos permite determinar el logro del sistema, subsistema o proceso y su tendencia de evolución.

En resumen, se puede afirmar que los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado sistema, subsistema o proceso emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados.

Para que la información tenga valor, la organización deberá garantizar que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los problemas de calidad definidos (procesos seleccionados como prioritarios), garantizando siempre con el cumplimiento del principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad.

En el caso del Sistema obligatorio de garantía de calidad la estructura mínima se encuentra en la ficha de los indicadores propuestos para el sistema de información a usuarios por el Ministerio de la Protección Social.

3.2.4. CUARTO PASO: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS – IDENTIFICACIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.

Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin.

3.2.4.1. PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA

La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría, en cualquier área o campo del conocimiento, exige ejecutar los siguientes pasos:

- Obtener y revisar la información necesaria,
- Formarse un juicio profesional y
- Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Cada procedimiento está determinado por sus propias particularidades y por el tipo de proceso a evaluar. Al final de la ejecución de este paso, los responsables del proceso y el equipo de auditoría interna tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado; en otras palabras, se contará con la detección de fallas de calidad. Es necesario definir la metodología para llevarlo a cabo, que tendrá las siguientes fases:

3.2.4.1.1. Planear la auditoría

Para planear la auditoría se debe:

- Definir o aclarar el objeto del procedimiento de auditoría.
- Establecer o revisar el estándar de calidad.
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria.
- Definir en forma puntual, cómo se aplicarán las distintas técnicas de auditoría seleccionadas para el procedimiento.

- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registro que se requieren para consignar la información que pretenda obtenerse.

3.2.4.1.2. Ejecutar la auditoría

Se debe:

- Aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y, como consecuencia de ello, obtener la información que se requería.
- Registrar, en los papeles de trabajo, la información obtenida.
- Determinar la necesidad de obtener información adicional.
- Verificar la claridad y la calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Ver cronograma para la auditoría.

3.2.5. QUINTO PASO: FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Con los insumos generados en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas.

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (procesos prioritarios), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma o análisis de la causa raíz (análisis de ruta causal), entre otros.

- Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para monitorear y evaluar posteriormente los resultados.

3.2.6. SEXTO PASO: EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él. Es en este punto donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

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

A continuación se propone un formato que podrá ser utilizado por las organizaciones para hacer seguimiento a los planes de mejora propuestos.

NOMBRE DEL PROCESO			
META A LOGRAR			
INDICADOR DE SEGUIMIENTO			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META

* Anexe una gráfica de seguimiento para cada uno de los indicadores definidos por cada objetivo

Formato 1. Formato para hacer seguimiento a los planes de acción.

3.2.7. SÉPTIMO PASO: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora

o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema. En ese caso tendrá que iniciarse nuevamente todo el ciclo para abordar efectivamente las causas reales de los problemas de calidad detectados.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

3.2.8. OCTAVO PASO: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

3.2.9. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

Al igual que en los capítulos anteriores, las organizaciones podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos.

Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, con el propósito de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoría interna como facilitadores de calidad son:

- Defina como estrategia la estandarización.
- Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- Tenga claro el propósito de la estandarización.
- Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.
- Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van a hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitados, se puede proceder a elaborarlos, siguiendo las siguientes pautas:

- Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).
- Diagrame el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese que todos entiendan su significado.
- Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

ANEXO COMITÉS: HERRAMIENTA PARA HACER SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, por lo cual, en el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas y complementando las otras herramientas metodológicas antes referenciadas.

Los comités son equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan acciones concretas para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

Así mismo, los comités requieren instrumentos y planes de trabajo precisos; métodos para la documentación de reuniones y avances; reglas de interacción entre sus miembros y mecanismos para el abordaje técnico, análisis y solución de problemas, entre otros.

Una tarea prioritaria que deberá emprender el responsable de la auditoría en salud en la institución, es trabajar con los comités existentes e iniciar los comités faltantes que se requieran para obtener impacto en la gestión de calidad. Esta labor implica analizar, fortalecer o definir sus mecanismos de operación, precisar el alcance, propósito y responsabilidades de cada comité y del área a la que pertenece, así como definir las estrategias de reunión y métodos rigurosos de trabajo para que las reuniones de los comités sean efectivas y productivas y contribuyan al fortalecimiento del autocontrol en la institución.

COMITÉS OBLIGATORIOS

Los comités que a continuación se relacionan están reglamentados por la normativa legal vigente, razón por la cual se consideran de obligatoria existencia y funcionamiento aplicables según el tipo de entidad.

Comité de ética hospitalaria	Resolución 13437/91
Comité de trasplantes	Decreto 2493/06
Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica	Decreto 1562/84
Comité de farmacia y terapéutica	Decreto 2200/05
Comité de vigilancia epidemiológica	Decreto 3518/06
Comité técnico-científico	Resolución 2936/06
Comité transfusión sanguínea	Decreto 1571/93
Comité docencia-servicio	Decreto 0190/96 Acuerdo 003/03
Comité de historia clínica	Resolución 1995/99
Comité de urgencias	Decreto 412/92

Las actividades que desarrollen los comités deben estar orientadas a alcanzar el cumplimiento de la finalidad para lo cual han sido creados. Deben tenerse claramente definidos sus objetivos y metas de cumplimiento. Con el objeto de fortalecer el autocontrol se pueden implementar otros comités, como el comité Ad hoc de gran importancia para la auditoría.

De manera complementaria, para que los planes se cumplan y conduzcan a las metas deseadas, es necesario realizar un seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad

definida, de manera que se pueda determinar oportunamente si se está logrando o no la meta deseada. Cada comité debe reportar su avance a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine y en el formato que se defina para tal efecto y, cuando se detecten problemas que pueden impedir el logro de la meta final, los miembros del comité deben actuar oportunamente, lo que significa identificar las causas y establecer las soluciones adecuadas.



www.imprenta.gov.co
Conmutador: PBX (0571) 457 80 00
Carrera 66 No. 24-09
Bogotá, D. C., Colombia