# PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC

## REDES DE PRESTADORES DE SALUD

| | Elaboró | Revisó y Aprobó |
|---|---|---|
| **Cargo** | Coordinador Nacional de Auditoría de Calidad en Salud. | Subdirector Nacional de Redes de Prestadores de Servicios de Salud. |
| **Fecha** | Febrero 2022. | Febrero 2022. |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

# 1. Contenido

1. INTRODUCCIÓN ..... 2
2. OBJETIVOS ..... 4
3. ALCANCE ..... 5
4. GLOSARIO ..... 5
5. RESPONSABILIDADES ..... 5
6. DESARROLLO ..... 6
6.1. CONDICIONES GENERALES ..... 6
6.2. ÁREAS INVOLUCRADAS ..... 7
6.3. DOCUMENTACIÓN UTILIZADA ..... 7
6.4. DESCRIPCIÓN DEL MODELO GENERAL DE AUDITORÍA ..... 8
6.5. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PAMEC: RUTA CRÍTICA ..... 10
6.6. MEDICIÓN PERIÓDICA DE LA CALIDAD OBSERVADA VS LA CALIDAD ESPERADA Y ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD ..... 17
6.7. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS ..... 19
6.8. PLANES DE MEJORAMIENTO ..... 20
6.9. AUDITORÍAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ..... 21
7. REFERENCIAS ..... 21
8. CONTROL DE CAMBIOS ..... 21
9. CONTROL DE REGISTROS ..... 22

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

# 1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece como una exigencia para el funcionamiento de las aseguradoras (Administradoras de Planes de Beneficios), un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **PAMEC**, que cumpla con los criterios definidos en la normatividad sobre los procesos de Atención a los Usuarios, en especial en lo concerniente a las siguientes características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad. Por esta razón, hemos diseñado el presente documento que satisface los requisitos de nuestro cliente, el Estado colombiano.

**CAJACOPI EPS** es el programa de salud de la Caja de Compensación Familiar del Atlántico, que desde el año 2003 fue autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para que funcione como Entidad Promotora de Servicios de Salud, en el régimen subsidiado.

Se encuentra ubicada en la Calle 44 No. 46-16 de Barranquilla, Colombia y está habilitada para operar en los Departamentos de: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta y Sucre; hacemos presencia en 351 municipios de Colombia a 31 de diciembre de 2021.

## 1.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

**Misión:** Contribuir en la generación de bienestar social de nuestros afiliados, con un modelo de aseguramiento basado en la gestión de riesgo en salud, con criterios de calidad, sentido humano, enfoque preventivo e incluyente, generando confianza y eficiencia.

**Visión:** Seremos en el 2025 un referente en el aseguramiento en salud, con mejora continua de los procesos y tecnología, para contribuir en la calidad del servicio de nuestros afiliados.

**Principios:**

1. **Calidad.** La Calidad en CAJACOPI EPS es una manera de vivir, una norma de conducta, un comportamiento, es el reto diario y permanente, por eso valoramos la cultura de mejoramiento continuo con compromiso y responsabilidad de todos los miembros de la organización.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

2. **Desarrollo humano.** CAJACOPI EPS vive comprometida en el desarrollo y bienestar de sus trabajadores en ofrecer un ambiente laboral retador hacia el logro de los objetivos personales y de la Empresa, por lo que espera de su personal responsabilidad, pertenencia y lealtad, compromiso con sus metas y motivación en el logro de los resultados.

3. **Búsqueda permanente de la eficacia.** Queremos optimizar la gestión de nuestros recursos, a fin de trasladar el máximo beneficio posible de nuestra actividad a nuestros afiliados.

**Valores:**

1. **Lealtad**. Es el Compromiso consciente que todos los trabajadores de CAJACOPI EPS tenemos con los objetivos y los intereses de la Organización para lograr su crecimiento y su contribución a la seguridad social en salud de nuestro país.

2. **Responsabilidad.** Tenemos la Capacidad de velar por la protección de todos los recursos asignados para la excelente prestación de los servicios de salud, cumpliendo eficiente y oportunamente con todas las tareas y compromisos adquiridos con nuestros usuarios o clientes.

3. **Respeto.** En Nuestra empresa convivimos con nuestras diferencias, aceptando la naturaleza y las habilidades de todas las personas involucradas con la Organización, reconociendo en cada uno de nuestros afiliados, clientes, empleados y proveedores la importancia y la contribución que hacen para el crecimiento de nuestra empresa y del país.

4. **Tolerancia**. Capacidad de aceptar las diferencias con los demás sin que ello afecte nuestro desempeño laboral.

5. **Honestidad**. Conducta de transparencia y objetividad donde el criterio de justicia y equidad se aplican profesionalmente en todas nuestras actuaciones.

6. **Disciplina**. Entendida como la capacidad para practicar el orden y la constancia en el trabajo y en nuestra vida cotidiana, asociada a la capacidad para desarrollarnos de acuerdo con nuestros principios, deberes, objetivos y necesidades con un buen comportamiento social.

**Política de calidad:** Somos una entidad comprometida con la calidad y el mejoramiento continuo de los procesos, asegurando la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad de los servicios de salud ofertados, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

afiliados y usuarios, prevenir riesgos y controlar el cumplimiento de los requisitos legales y contractuales.

**Objetivos de calidad:**

1. Satisfacer las necesidades de nuestros afiliados mediante la prestación de servicios accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y continuos de la mejor calidad.
2. Atender oportunamente las sugerencias, peticiones, quejas y reclamos de nuestros afiliados, con el fin de que sientan que son escuchados de manera proactiva.
3. Seleccionar la Red de Prestadores de Servicios de Salud para nuestros afiliados, evaluando su idoneidad, capacidad y desempeño de manera coherente y confiable.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, **PAMEC** de CAJACOPI EPS, de acuerdo con los parámetros y directrices establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos de Atención en Salud definidos como prioritarios, para alcanzar y mantener los estándares de calidad establecidos para la prestación de los servicios.

- Definir un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.

- Evaluar el impacto de las medidas adoptadas dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, como generador de información confiable para la toma de decisiones gerenciales.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

## 3. ALCANCE

**Desde:** la autoevaluación de los procesos de atención en salud.

**Hasta:** el cierre de las acciones de mejora para eliminar las brechas de calidad.

## 4. GLOSARIO

- **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. 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.

- **Autoevaluación:** es el procedimiento mediante el cual los responsables de los procesos revisan el cumplimiento de los requisitos del cliente dentro de sus procesos, comparando la calidad esperada versus la calidad observada para determinar las brechas de calidad frente al estado ideal del proceso.

- **Brecha de Calidad:** diferencia entre calidad observada y calidad esperada. Siempre sugieren actividades de mejoramiento.

- **Calidad Esperada:** método, norma, procedimiento y estándares de indicadores que definen lo esperado en términos de Calidad**.** En CAJACOPI EPS, la calidad esperada se determina con el estándar requerido para cumplir con los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Para la comparación entre calidad observada versus calidad esperada, se revisan los resultados de la evaluación contra el estándar requerido por cada proceso.

- **Calidad Observada:** resultado de la medición de los procesos y/o procedimientos generales y prioritarios. Esta medición se realiza a través de Auditorías de Primera Parte.

## 5. RESPONSABILIDADES

La Subdirección Nacional de Redes de Prestadores de Servicios de Salud y la Coordinación Nacional de Auditoria de Calidad en Salud son responsables del desarrollo y plena aplicación del Programa de Auditoría para el

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC. Así mismo, del diseño y análisis de resultados de la Autoevaluación y del despliegue de los resultados del Plan de Acción y/o Mejora a toda la empresa, a través del Programa de Capacitación y Aprendizaje Organizacional.

La Coordinación Nacional de Auditoria de Calidad en Salud es la responsable de la Operación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC en CAJACOPI EPS. Asume además la responsabilidad del reporte, actualización y difusión de este manual, verificar que se desarrolle dentro de los mismos parámetros en todas las regionales de CAJACOPI EPS y que se cumplan las acciones de Mejora para los procesos prioritarios de atención de los usuarios.

Las Gerencias Regionales son responsables de realizar el monitoreo continuo y seguimiento de la ejecución de las actividades realizadas por los Auditores Regionales de Calidad en Salud.

Los Auditores Regionales de Calidad en Salud son responsables de llevar a cabo el cumplimiento de las auditorías y de efectuar todas las actividades definidas oportunamente con la Coordinación Nacional de Auditoria de Calidad en Salud.

# 6. DESARROLLO

## 6.1. CONDICIONES GENERALES

El Ministerio de Salud y Protección Social en el Documento Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, y según los contenidos específicos del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario en Salud, en lo referente al segundo componente del SOGCS, la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, artículos 2.5.1.4.4 y 2.5.1.4.5.

- **ARTÍCULO 2.5.1.4.4 ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD** “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

  - **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios."

- **ARTÍCULO 2.5.1.4.5 PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB. "**Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

  - **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud**. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red; el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia; garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 2.5.1.2.1.

  - **Atención al Usuario**. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios."

## 6.2. ÁREAS INVOLUCRADAS

Todas las áreas que tienen que ver directamente con los procesos de atención a los usuarios en salud que afecten las características de la calidad: (accesibilidad, seguridad, oportunidad, continuidad y pertinencia).

## 6.3. DOCUMENTACIÓN UTILIZADA

### 6.3.1. Documentos relacionados con el SOGC al nivel Interno de la Organización:

- Organigrama.
- Plan Estratégico.
- Manuales de Procesos y Procedimientos.
- Manuales de Funciones, responsabilidades y competencias.
- Listado de verificación de Auditorías Internas de calidad.
- Plan de Auditorías Internas.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

- Acciones correctivas.
- Informes de auditoría interna de Calidad.
- Seguimiento a Acciones Correctivas y a los avances en el Sistema.

### 6.3.2. Documentos relacionados con el SOGC en la Prestación de los Servicios de salud:

- Matriz de Ruta Crítica, evaluación del PAMEC y análisis de procesos críticos de EPS.
- Matriz de evaluación de características de calidad en la Red.
- Matriz de detección de fallas de la calidad en los procesos, mapa de riesgos.
- Matriz de priorización de procesos.
- Matriz de seguimiento de los planes de mejora aplicados en los procesos.
- Listado maestro de procesos a evaluar.
- Análisis de indicadores de calidad.

## 6.4. DESCRIPCIÓN DEL MODELO GENERAL DE AUDITORÍA

CAJACOPI EPS, desarrolla un Plan de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad basándose en un enfoque **de la Gestión de Riesgos Identificados.**

La Auditoría deberá propender por la prevención y corrección oportuna de posibles deficiencias estructurales y de proceso de la empresa, buscando el seguimiento y mejoramiento continuo de los procesos definidos como prioritarios.

### 6.4.1. ENFOQUE INSTITUCIONAL DEL PAMEC DE CAJACOPI EPS

El enfoque Institucional del PAMEC de CAJACOPI EPS, escogido por la Alta Dirección en su Comité de Gestión, corresponde a la **“GESTIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS”.**

Para CAJACOPI EPS es de particular importancia la Gestión de los Riesgos Identificados en la Atención de los Usuarios asignados por el aseguramiento. En los listados hemos señalado cuáles son los Riesgos Identificados en los procesos de Atención a nuestros usuarios: Representación del usuario, Redes de prestadores de salud, Gestión del riesgo en salud y Operaciones.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

### 6.4.2. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA

- **Autocontrol**

  En este nivel hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la empresa sobre los procedimientos a su cargo.

  CAJACOPI EPS cuenta con un sistema de Autocontrol dentro del proceso de seguimiento, control y evaluación de la gestión en el que se describen los lineamientos generales.

- **Auditoría Interna**

  Es el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma empresa, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoría Interna es contribuir a que la empresa adquiera la cultura del autocontrol.

  CAJACOPI EPS ha iniciado el desarrollo del Programa Anual de Auditorías Internas. Para ello capacita al equipo de auditores internos de calidad, quienes, de acuerdo con el programa de auditorías internas y el procedimiento de Auditoría Interna de Calidad, desarrollan este nivel de operación, cuyo objetivo es medir la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las diferentes áreas y realizar acciones de mejora. La EPS, a través de la Oficina de Calidad realiza Auditorías Internas para verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad. Los procedimientos para realización de las Auditorías Internas se encuentran establecidos.

- **Auditoría Externa**

  Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la empresa. Para los efectos de este plan será realizada por la Superintendencia Nacional de Salud o por las Secretarías delegadas en cada Ente Territorial o por los operadores logísticos contratados por los Entes de Control.

### 6.4.3. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA

Por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se han definido

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

tres tipos de acciones:

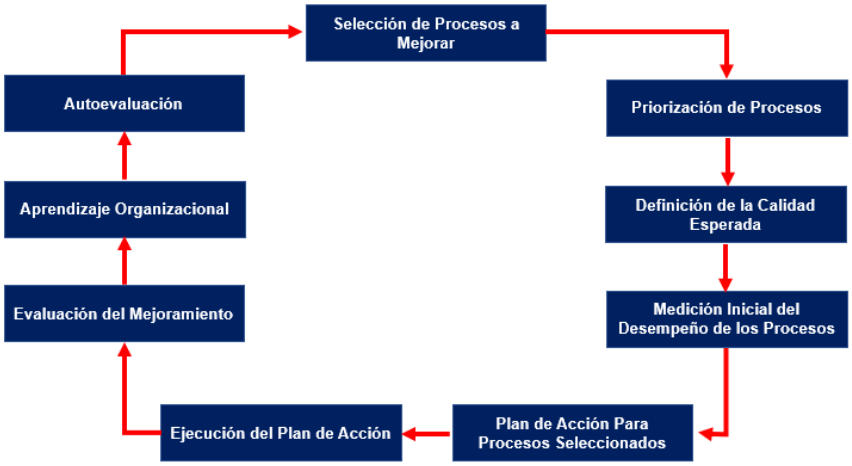
- Acciones Preventivas
- Acciones de Seguimiento
- Acciones Coyunturales

CAJACOPI EPS las ha adoptado en su Sistema de Gestión de Calidad a través de las acciones preventivas, correctivas y de mejora.

## 6.5. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PAMEC: RUTA CRÍTICA

Para el Diseño del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de CAJACOPI EPS se seguirá el esquema de Ruta Crítica recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del Documento Pautas de Auditoría.

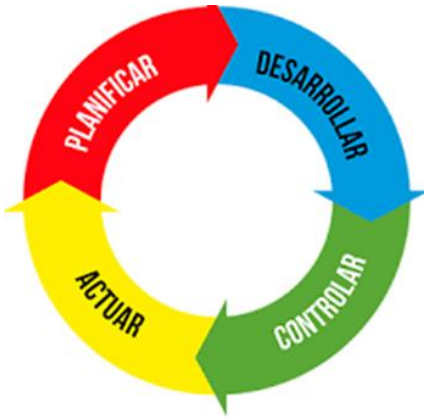
**Ilustración 1**: Ruta Crítica




**Fuente 1:** Ministerio de Salud y Protección Social

La ruta crítica es un Ciclo de Calidad que cumple las mismas acciones con un buen grado de especificidad.

**Ilustración 2:** Ciclo PHVA




El equipo que se encarga del diseño e implementación del PAMEC es la Subdirección Nacional de Redes de Prestadores de Servicios de Salud y la Coordinación Nacional de Auditoria de Calidad en Salud, con el apoyo de la Oficina de Calidad y la Oficina de Planeación.

### 6.5.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA

- **Autoevaluación**

  Para la realización de la Autoevaluación se evalúan aspectos relacionados con la calidad de la atención, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Habilitación, Procesos y actividades críticas, entre otros aspectos relacionados con SOGC e inmersos en el mapa de riesgo. Se intercambian opiniones y experiencias, así mismo se aclaran algunas dudas con respecto al tema y se llevan propuestas definitivas a la Dirección de Salud para que se tomen las decisiones de Mejora.

  - Se listaron los procesos con Riesgos Identificados en el mapa de riesgos de los procesos misionales.
  - Se revisó, de acuerdo con el enfoque institucional del PAMEC, la Gestión de Riesgos Identificados y el resultado alcanzado.
  - Se realizaron Auditorías Internas y se revisó su resultado.
  - Se revisaron los resultados de los indicadores esperados por proceso y los Normativos relacionados.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

- Se revisaron los resultados de la escucha de la Voz del cliente.

- **Selección de los Procesos Para Mejorar**

La priorización de procesos permite a CAJACOPI EPS focalizarse en los procesos críticos para lograr las mejoras más inmediatas. Nuestro enfoque del PAMEC en la empresa es la Gestión de Riesgos Identificados, priorizados así:

- Cuáles son los riesgos identificados en su Matriz de Riesgos.
- Qué factores identificó en las auditorías, que se puedan modificar inmediatamente.

**RESULTADOS**

Para revisión y seguimiento, en la vía de la mejora continua:
Se toman de los riesgos de los procesos de cara al cliente que durante la autoevaluación presentaron brechas.

| PROCESO | ASPECTO A MEJORAR | Calidad observada | BRECHA |
|---|---|---|---|
| Representación del Usuario | Aumento de las PQRS presentadas por cualquier medio o canal -oportunidad en el cierre de PQRS. | 40% | 60% |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red de acuerdo a la demanda.<br>No tener actualizado mapa de redes-Oportunidad en la atención de citas asignación medicina especializada básicas (cirugía general). | 6 | 1 |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red de acuerdo a la demanda.<br>No tener actualizado mapa de redes-Oportunidad en la atención de citas asignación medicina especializada básicas (medicina interna). | 6 | 1 |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red<br>Cierre de ips-Efectividad en la prestación del servicio. | 78% | 12% |
| Gestión del Riesgo en Salud | Falta de Reporte por parte de la red Prestadora.<br>Falta de seguimiento por parte del recurso Humano de cada Cohorte .<br>Insuficiente recurso Humano para diligenciar el reporte.<br>Mala calidad del Dato por parte de la Red prestadora -Pacientes controlados Diabéticos. | 28,57% | 31,57% |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la implementación o fortalecimiento de los procesos de la gestión de la salud pública, en las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales de la RPMS. -Razón mortalidad materna. | 69 | 37 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Regular seguimiento y gestión en cuanto en la verificación y soportes de eventos notificados que conlleva cada uno de los procesos o programas definidos por la EAPB, para lograr una mayor intervención individual y colectiva en nuestro grupo de afiliados. -Razón mortalidad INFANTIL. | 18 | 6 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la identificación de los usuarios con discapacidad-Proporción de pacientes certificados. | Nuevo indicador, construiremos línea de base | |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a las capacitaciones de los usuarios con discapacidad, familia y cuidadores-Proporción de actividades educativas de discapacidad. | Nuevo indicador, construiremos línea de base | |
| Operaciones | No realización de Capacitación a los funcionarios de los cambios normativos y la dinámica de los procesos.<br><br>No cumplir las directrices impartidas en los procesos y procedimiento (instructivo) de afiliación y registro.<br><br>Inadecuada parametrización de las validaciones en el sistema de información referente a las condiciones de afiliación. -Solicitudes de movilidad efectivas cargadas a través del Portal Genesis. | 93% | 7% |
| Representación del Usuario | Llamadas telefónicas no contestadas en el Call Center-Satisfacción con la EPS. | 98% | 2% |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la implementación o fortalecimiento de los procesos de la gestión de la salud pública, en las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales de la RPMS. -Razón mortalidad por IRA | 6 | 6 |
| Representación del Usuario | No seguir los lineamientos normativos, ni realizar el respectivo seguimiento a las Oficinas de Atención al Usuario-Satisfacción con la EPS. | 98% | 2% |

- **Priorización de procesos**

Una vez identificados los problemas o procesos por mejorar según los resultados de autoevaluación se realiza calificación de impacto de cada uno; cada miembro del equipo realiza la calificación individualmente, luego se multiplican los valores en forma

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

horizontal y se calculan los promedios. Finalmente se ordenan de mayor a menor.

Además, se revisaron los documentos de la Plataforma Estratégica de la empresa, Misión, Visión, Estándares descritos en el SOGC, indicadores de la Resolución 2515 de 2018 y sus modificaciones, actualizaciones y adendas.

Una vez definido este tema cada miembro del equipo realizó una lluvia de ideas para detectar problemas de calidad, luego se realizó consolidado para revisarlo y definir prioridades.

Para el efecto hemos utilizado la Matriz de Priorización de Procesos; en esta matriz desarrollada a lo largo de la tarea de construcción en el Taller de Planeación sobre construcción del PAMEC, se visibilizaron los valores con los que la empresa determinó el Nivel de Importancia frente a los Riesgos.

De acuerdo con el puntaje obtenido se define una semaforización con el porcentaje total de la matriz de priorización, con el fin de obtener una herramienta pedagógica para resaltar el orden de las prioridades.

- **Rojo:** requiere intervención a corto plazo (Constituye el 80% de la calificación).
- **Amarillo:** a mediano plazo. (Constituye el 13% de la calificación).
- **Verde:** largo plazo. (Constituye el 7% de la calificación).

| PRIORIZACIÓN DE PROCESOS PAMEC 2022 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROCESO | ASPECTO A MEJORAR | SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (COSTO DE LA NO CALIDAD) | RENTABILIDAD SOCIAL | SATISFACC. USUARIO | SATISFAC. CLIENTE INTERNO | CALIDAD EN LA ATENCION | TOTAL |

**Ver Tabla 1: Matriz de Priorización de Procesos**

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

***Aspecto que posee variables externas que no podemos controlar.**

**Tabla 1:** Procesos Priorizados

| PROCESO | ASPECTO A MEJORAR | PUNTAJE | PARETO |
|---|---|---|---|
| Representación del Usuario | Aumento de las PQRS presentadas por cualquier medio o canal -oportunidad en el cierre de PQRS. | 135 | 9 |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red de acuerdo a la demanda.<br>No tener actualizado mapa de redes-Oportunidad en la atención de citas asignación medicina especializada básicas (cirugía general). | 135 | 9 |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red de acuerdo con la demanda.<br>No tener actualizado mapa de redes-Oportunidad en la atención de citas asignación medicina especializada básicas (medicina interna). | 135 | 9 |
| Redes de Prestadores de Salud | Insuficiencia de red<br>Cierre de ips-Efectividad en la prestación del servicio. | 135 | 9 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Falta de Reporte por parte de la red Prestadora.<br>Falta de seguimiento por parte del recurso Humano de cada Cohorte<br>Insuficiente recurso Humano para diligenciar el reporte<br>Mala calidad del Dato por parte de la Red prestadora -Pacientes controlados Diabéticos. | 135 | 9 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la implementación o fortalecimiento de los procesos de la gestión de la salud pública, en las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales de la RPMS. -Razón mortalidad materna. | 135 | 9 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Regular seguimiento y gestión en cuanto en la verificación y soportes de eventos notificados que conlleva cada uno de los procesos o programas definidos por la EAPB, para lograr una mayor intervención individual y colectiva en nuestro grupo de afiliados. -Razón mortalidad INFANTIL. | 135 | 9 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la identificación de los usuarios con discapacidad-Proporción de pacientes certificados. | 135 | 9 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a las capacitaciones de los usuarios con discapacidad, familia y cuidadores-Proporción de actividades educativas de discapacidad. | 135 | 9 |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Operaciones | No realización de Capacitación a los trabajadores de los cambios normativos y la dinámica del proceso.<br><br>No cumplir las directrices impartidas en los procesos y procedimiento (instructivo) de afiliación y registro.<br><br>Inadecuada parametrización de las validaciones en el sistema de información referente a las condiciones de afiliación. -Solicitudes de movilidad efectivas cargadas a través del Portal Genesis. | 135 | 9 |
| Representación del Usuario | Llamadas telefónicas no contestadas en el Call Center-Satisfacción con la EPS. | 45 | 3 |
| Gestión del Riesgo en Salud | Insuficiente seguimiento o monitoreo a la implementación o fortalecimiento de los procesos de la gestión de la salud pública, en las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales de la RPMS. -Razón mortalidad por IRA. | 45 | 3 |
| Representación del Usuario | No seguir los lineamientos normativos, ni realizar el respectivo seguimiento a las Oficinas de Atención al Usuario-Satisfacción con la EPS. | 15 | 1 |

- **Definición de la Calidad Esperada**

  Se realizó la medición de los procesos para definir la calidad esperada (Ver tabla 3) teniendo en cuenta:

  - El cumplimiento de metas por indicadores de la normatividad vigente y de los procedimientos institucionales.
  - La voz del cliente (Lluvia de ideas).
  - El cumplimiento de la identificación de los riesgos.

- **Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.**

  La medición inicial se realiza a través de las Auditorías.

- **Plan de Acción para los Procesos Seleccionados, Ejecución del Plan de Acción, Evaluación del Mejoramiento y Aprendizaje Organizacional.**

  Para el Plan de Acción y de Mejora utilizaremos nuestra matriz, en donde, con base en los resultados de los hallazgos de las Auditorías, se determina qué debe hacerse para mejorar

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

semestralmente, cuando aplicaremos una nueva Auditoría a los procesos Críticos señalados y se verificará si se encuentran dentro de lo esperado o por lo menos si hay mejora sustancial de resultados.

**Tabla 2:** Plan de Acción

PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC

1. OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

2. DILIGENCIAMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

| N° | HALLAZGO | QUÉ | CÓMO | QUIÉN | CUÁNDO | | FIJACIÓN DE LA META Corto: 1 a 30 días Mediano: 1-60 días Largo: 1 a 180 días |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3. FECHA DE SEGUIMIENTO:

4. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO

| N° | ACTIVIDAD PLANTEADA (CÓMO) | LAS ACTIVIDADES RESPONDEN DE FONDO A LOS HALLAZGOS | LOS SOPORTES EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA | LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS PERMITIERON ESTABLECER CONTROLES Y ESTOS HAN SIDO EFECTIVOS | ESTADO DE LA ACTIVIDAD | OBSERVACIONES | % DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | PROMEDIO | |

5. CONCLUSIONES

6. CIERRE

7. FIRMA DE LOS PARTICIPANTES

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Tabla 4: Indicadores

| ASPECTO A MEJORAR | PROCESO DENTRO DEL SOGC CON EL QUE SE RELACIONA | PRODUCTO | CLIENTE INTERNO | CLIENTE EXTERNO | INDICADORES | META - CALIDAD ESPERADA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Seguimiento a la Calidad de la atención a los Usuarios en la Red Prestadora de Servicios de Salud.** | Quejas, peticiones, y reclamos; Contratación de Red; Autorizaciones, Salud Pública; Auditoría médica, SIAU | Auditorías de Servicios de Salud. Informes de Auditorías de Calidad. | Director de Salud, Contratación de Red, Promoción y Prevención, SIAU. | Supersalud. | Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad, Riesgos identificados, Costos de la No Calidad. | Ver Tabla de Indicadores de Calidad en la Atención en Salud. Resolución 1552 de 2013. |
| **Oportunidad en la respuesta de Quejas, reclamos, derechos de petición.** | Atención al Usuario. | • Respuesta utilizando formato Carta de Desagravio<br>• Registro de la queja en el sistema GENESIS<br>• Usuario Atendido<br>• Cumplimiento del fallo de tutela | Todos los Procesos del Sistema de Gestión de Calidad. | Estado Colombiano, Afiliados al RS y RC. | Resolución Oportuna de Quejas. | 95% con el 5% Ajuste por riesgo. |
| **Medición de satisfacción del usuario.** | Medición de la Satisfacción del Usuario. | • Encuestas realizadas y tabuladas en el sistema<br>• % Nivel de satisfacción de los | Todos los Procesos del Sistema de Gestión de Calidad | Estado Colombiano, Afiliados al RS y RC. | Nivel de Satisfacción del Usuario. | 95% con el **5%** Ajuste por riesgo. |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | usuarios por Régimen con sus correspondientes planes de mejora | | | | |
| **Oportunidad en la entrega de medicamentos** | Atención al Usuario; Quejas, peticiones, y reclamos. | Entrega de medicamentos. | Auditoría Médica, Autorizaciones, Operaciones en Salud, SIAU, Salud Pública y Gestión de Riesgos en Salud, Operador logístico. | Supersalud, Ministerio de salud, Afiliados a CAJACOPI EPS | Indicadores de gestión de medicamentos | 95% |
| **Oportunidad en la asignación de citas.** | Atención al Usuario; Quejas, peticiones, y reclamos. | Asignación de citas. | Auditoría Médica, Autorizaciones, Operaciones en Salud, SIAU, Salud Pública y Gestión de Riesgos en Salud. | Supersalud, Afiliados a CAJACOPI EPS | Oportunidad en la asignación de citas. | Ver Tabla de Indicadores de Calidad en la Atención en Salud. Resolución 1552 de 2013 y los definidos por Cajacopi EPS. |
| **Seguimiento a las Autorizaciones.** | Autorizaciones. | • Aprobación de la solicitud de autorización de servicios de salud<br>• Negación de la solicitud de autorización de servicios de salud.<br>• Clasificación del Riesgo en el software de autorizaciones. | • Contratación de red.<br>• Cuentas Médicas.<br>• Auditoria Médica.<br>• Procesos de Apoyo. | Estado Colombiano, Afiliados al RS y RC. | •Representatividad de los Servicios PBS en la recuperación de cartera.<br>• Pertinencia en la Autorización. | **5 días para la aprobación y entrega, 95**% para la Representatividad de los Servicios PBS en el Costo.<br>• 100% para la Pertinencia en la Autorización. |
| **Seguimiento a Programas de Gestión de Riesgo en Salud y Desarrollo de nuevos programas.** | Salud Pública; Atención al Usuario; Autorizaciones, Contratación; Aseguramiento; | Informe de Resultados y seguimiento a Programas actuales: **Gestantes – Paciente Hipertenso - Hipertensos y Diabéticos - Pacientes con Patología Cardiovascular**. **Nuevos Programas**: Para Disminuir **la Gestación Temprana Control y Seguimiento de Infecciones de Transmisión Sexual. Salud Mental.** | • director de Salud<br>• Contratación de Red<br>• Promoción y Prevención. | Estado Colombiano. | Indicadores de Gestión de riesgo CAC. Indicadores CAJACOPI EPS | **Mortalidad materna= Razón 32 Hipertensos Controlados=60%. Diabéticos controlados=60 Razón Mortalidad por IRA <=12 Razón Mortalidad infantil <=12 Razón bajo peso al nacer <10%** |
| **Seguimiento a caracterización de usuarios con discapacidad.** | Salud Pública; Atención al Usuario; Autorizaciones, | Caracterización de los usuarios con discapacidad | Gestión del riesgo Operaciones | Supersalud, Ministerio de salud, Afiliados a | Proporción de pacientes con discapacidad certificados | **50%** |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contratación; Aseguramiento | | | CAJACOPI EPS | | |
| **Seguimiento a programas de capacitación a usuarios con discapacidad, familia y cuidadores.** | Salud Pública; Atención al Usuario; Autorizaciones, Contratación; Aseguramiento | Informe de actividades educativas a los usuarios con discapacidad, familiares y cuidadores | Gestión del riesgo | Supersalud, Ministerio de salud, Afiliados a CAJACOPI EPS | Proporción de actividades educativas de discapacidad | 100% |
| **Seguimiento a la calidad de la afiliación** | **Operaciones-afiliaciones** | Afiliación y Registro - Registrar Afiliaciones que cumplen con los requisitos establecidos | Operaciones | Supersalud, Ministerio de salud, Afiliados a CAJACOPI EPS | Solicitudes de movilidad efectivas cargadas a través del Portal Genesis | 100% |
| **Seguimiento a la oportunidad de remisión** | Referencia y contrarreferencia | Referencias oportunas | Redes de prestadores de salud | Afiliados a CAJACOPI EPS | Efectividad en la prestación del servicio | 90% |

## 6.6. MEDICIÓN PERIÓDICA DE LA CALIDAD OBSERVADA VS LA CALIDAD ESPERADA Y ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD.

CAJACOPI EPS realiza medición de los indicadores de calidad, de acuerdo con la Matriz de Seguimiento por Riesgos en los Procesos Prioritarios**.** En ella se describe la metodología, periodicidad y estándares de los indicadores de calidad, evaluación de la calidad observada vs la calidad esperada (estándares), y acciones a tomar en caso de brechas de calidad.

A nivel regional, el Gerente será el responsable de garantizar la Medición y Análisis de los Indicadores Institucionales, de Procesos y de Gestión; mientras que en el Nivel Nacional los responsables son la Subdirección Nacional de Redes de Prestadores de Servicios de Salud, y las Coordinaciones Nacionales de Auditoria de Calidad en Salud, de Red de Servicios de Salud, de Programa de Salud Administrada, de Afiliación y Registro y Autorizaciones.

## 6.7. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

Dentro del Sistema Obligatorio de la Calidad, la evaluación de los riesgos de los pacientes en la Atención es una prioridad. Por lo tanto, se establece que la Matriz de Seguimiento de los Riesgos Clínicos de CAJACOPI EPS forma parte integral del presente Manual.

*"Solamente los que arriesgan llegar demasiado lejos son los que descubren hasta dónde pueden llegar"* **THOMAS STEARNS ELIOT**

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

La gestión del riesgo identificado en salud crea y protege el valor de la salud y contribuye al logro demostrable de los objetivos y a la mejora del desempeño; es una parte integral de todos los procesos de la organización y de la toma de decisiones.

La Gestión de Riesgos Individuales y Riesgos Colectivos debe llamarse **Gestión del Riesgo Clínico.**

**Tabla 4:** Matriz de Seguimiento de Riesgos del Plan de Acción y/o Mejora

| SECCIONAL: | | | PERIODO: | | | RESPONSABLE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROCEDIMIENTOS CRITICOS | CARACTERISTICA DE CALIDAD AFECTADA | CALIDAD OBSERVADA | CALIDAD ESPERADA | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | BRECHA | ACCIÓN DE MEJORA | DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA | INDICADOR DE LA ACCIÓN DE MEJORA | META | FECHA DE INICIO DE LA ACCIÓN DE MEJORA | FECHA DE TERMINACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA | EVALUACIÓN FINAL |
| | | | | | | | | | | | | |

| REGIONAL: | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | PRIMER MES | SEGUNDO MES | TERCER MES | CUARTO MES | QUINTO MES | SEXTO MES |
| | | | | | | |

## 6.8. PLANES DE MEJORAMIENTO

CAJACOPI EPS, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad desarrolla análisis de los indicadores de calidad de la red y los indicadores de gestión y procesos, de acuerdo con lo descrito en el documento Indicadores de Red y Medición y Análisis de Indicadores. Esto se realiza con el fin de tomar acciones de mejora efectivas, de acuerdo con el análisis sistemático y periódico de datos generados en la medición de la calidad observada vs. la calidad esperada.

Los Planes de Mejoramiento también pueden generarse como resultado de Auditorías Internas de Calidad, de Auditorías Médicas y/o como resultado del desarrollo propio de los procesos bajo el concepto del Control de Producto No Conforme, Análisis de Procesos y Propuestas de Mejora, que debe realizar cada trabajador dentro de la empresa.

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

### 6.9. AUDITORÍAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El Jefe de Oficina de Calidad realizará auditorías internas periódicas, a los procesos ejecutados a nivel central y regional de acuerdo con el programa aprobado por la Dirección de Salud.

## 7. REFERENCIAS

- Ley 100 de 1993.
- Decreto 4747 de 2007.
- Decreto 780 de 2016.
- Decreto 682 de 2018.
- Resolución 3100 de 2019.
- Resolución 2515 de 2018.
- Resolución 256 de 2016.
- Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 1552 de 2013.
- Resolución 1604 de 2013.
- Circular Única externa 047 de 2007.
- Circular 009 de 2016 SOGC.
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud – Ministerio de la Protección Social – agosto de 2007.

## 8. CONTROL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| 01 | Julio 2017 | Emisión Del documento |
| 02 | Julio 2018 | Se actualizó la documentación del Plan, y se rediseñó la Autoevaluación de acuerdo con los hallazgos de las Auditorías Internas, para añadir a los procesos prioritarios. |
| 03 | Febrero 2019 | Se realizaron modificaciones al PAMEC por actualización de procesos y procedimientos, conforme a la normatividad vigente; se realizó una nueva autoevaluación y se redefinieron los procesos prioritarios, se analizaron las fallas de calidad en los procesos definidos como prioritarios y se comparó la calidad esperada contra la calidad observada en un proceso de auditoría de primera parte; se realiza el plan de mejoramiento sobre los hallazgos de esta |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente. Prohibida su reproducción.

| | | |
|---|---|---|
| | | auditoría interna. Se implementó la nueva estructura de manual definida en el Sistema de Gestión de Calidad. |
| 04 | Febrero 2021 | Se actualiza el documento PAMEC, en las responsabilidades y contenido, se realiza autoevaluación, se priorizan los procesos identificando los críticos, se compara la calidad esperada frente a la calidad observada en los procesos de auditoría; se realiza el plan de mejoramiento sobre los hallazgos identificados. |
| 05 | Febrero 2022 | Se actualiza el documento PAMEC, en las responsabilidades, contenido, enfoque, libro de ruta crítica, se realiza autoevaluación, se priorizan los procesos identificando los críticos, se compara la calidad esperada frente a la calidad observada en los procesos de auditoría; se realiza el plan de mejoramiento sobre los hallazgos identificados.<br>El manual se traslada del proceso de direccionamiento estratégico al proceso de redes de prestadores de salud.<br>Se ajustan los cargos de los trabajadores de acuerdo con el nuevo plan de cargos.<br>Se realizaron ajustes de los códigos con base al mapa de proceso. |

## 9. CONTROL DE REGISTROS

| NOMBRE DEL FORMATO | CÓDIGO | QUIÉN LO UTILIZA | QUIÉN LO ARCHIVA | DÓNDE SE ARCHIVA | TIEMPO DE RETENCIÓN | DISPOSICIÓN FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Formulario y seguimiento autoevaluación del plan de mejora para alcanzar la calidad esperada. | ST001 (Formato Externo) | Coordinador Nacional de Auditoria de Calidad en Salud. | Especialista Nacional de Auditoria de Calidad en Salud | Archivo de Gestión (digital). | 5 años. | Eliminar. |

Valora la necesidad de imprimir este documento, una vez impreso tiene consideración de copia no controlada. Protejamos el medio ambiente.
Prohibida su reproducción.