

# Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

---

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

CONCORDIA – ANTIOQUIA

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION .....	3
JUSTIFICACION .....	5
1. MARCO INSTITUCIONAL .....	7
1.1 HISTORIA .....	7
1.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	8
1.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS .....	9
1.4 ORGANIGRAMA .....	11
1.5 MAPA DE PROCESOS .....	11
2. MARCO LEGAL .....	12
3. MARCO TEORICO .....	14
3.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD .....	14
3.2 TÉRMINOS Y DEFINICIONES .....	14
3.3 PRINCIPIOS DE SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD .....	19
3.4 COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD .....	21
3.5 ACTIVIDADES DE AUDITORIA .....	23
3.5.1. PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA .....	23
3.5.2 EJECUCION DE LA AUDITORIA .....	24
3.5.3 DOCUMENTOS DE AUDITORIA .....	26
3.5.4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN .....	26
3.6 ACCIONES DE AUDITORIA .....	26
3.7 TIPOS DE ACCIONES .....	27
3.8 CICLO PHVA .....	28
3.9 NIVELES DE OPERACIÓN .....	29
4. OBJETIVOS DEL PAMEC .....	29
4.1 OBJETIVO GENERAL: .....	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	29
5. METODOLOGIA .....	30
5.1 ACTIVIDADES PREVIAS .....	30
5.2 RUTA CRÍTICA .....	31

5.2.1 AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFASIS EN ESTANDARES DE ACREDITACION.....	32
5.2.2.- SELECCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN O PROCESOS A MEJORAR:	32
5.2.3. PRIORIZACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION O PROCESOS A INTERVENIR:.....	33
5.2.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA:.....	33
5.2.5 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:.....	33
5.2.6. PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN O PROCESOS SELECCIONADOS:.....	34
5.2.7. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA (EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO):.....	34
5.2.8. EVALUACION DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA: .....	35
5.2.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: .....	35
5.3 AUDITORIAS.....	35
6. PLAN DE CONTINGENCIA .....	37
7. REPORTE DE INDICADORES .....	37
BIBLIOGRAFIA.....	41

## **INTRODUCCION**

El desarrollo del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud constituye una prioridad para la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CONCORDIA ANT, en este sentido, hemos venido trabajando de acuerdo al Decreto 1011 de 2006 y los documentos técnicos: Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Lista de chequeo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad (PAMEC) y la herramienta Guías básicas para auditoría en el mejoramiento de la calidad del Ministerio de la Protección Social, en su versión 2007. Tal como lo establece el Decreto 1011 de 2006, el programa de auditoría se formula en forma concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, en esta formulación se define la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, así como la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, basada en normas técnicas, científicas y administrativas, con el fin de establecer medidas correctivas frente a las desviaciones encontradas.

La Resolución 2181 del Ministerio de la Protección Social, de junio de 2008, en su artículo 2 literal 2 establece para las Empresas Sociales del Estado, implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, con la norma citada se modifica el carácter voluntario de la acreditación y se obliga a las Empresas Sociales del Estado a desarrollar el primer paso de la ruta crítica para esta, consistente en la autoevaluación y el mejoramiento

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, se va a documentar siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, basado en una autoevaluación de los estándares de acreditación del Manual Hospitalario y Ambulatorio establecido por la Resolución 5095 de 2018, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, generando acciones planificadas y sistemáticas con la participación de la gerencia; garantizando el mejoramiento de los procesos de la ESE y el cumplimiento de los objetivos y política de calidad.

La fundamentación del programa de auditoría está basada en el autocontrol, es decir cada miembro de la organización participa en la planeación, ejecución y ajuste de sus

Procedimientos para que estos se correspondan con los estándares de calidad esperados, teniendo como referente la evaluación sistemática que realiza la institución en búsqueda de la cultura del autocontrol. Al definir su propósito como el de contribuir al mejoramiento de la calidad, se determina que se trata de una función que corresponde a toda la organización en forma intrínseca y que su aplicación debe darse sobre todas aquellas oportunidades de mejora priorizadas y que se realizan para dar cumplimiento a la misión social de la entidad.

Por lo tanto la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CONCORDIA ANT, se está implementando este programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, con un enfoque centrado en el Usuario, soportados en un equipo idóneo con sentido humano basado en el manejo del riesgo y con miras al mejoramiento de la calidad, mediante un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad del Sistema Único de Acreditación.

## JUSTIFICACION

La calidad no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo que involucra a toda una organización, es un concepto que involucra la imagen que una empresa proyecta al exterior y la mejora continua en los bienes o servicios que produce. La importancia que este tema ha alcanzado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS ha sido tal, que nos hemos visto en la necesidad de implementar estrategias de calidad a fin de proporcionar no sólo un servicio óptimo sino satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes - usuarios - clientes para ganar una ventaja competitiva en el mercado del sector salud.

Los atributos de calidad son aquellos aspectos considerados por los usuarios como factores que determinan la oferta correcta de servicios de salud y la preferencia a favor de una entidad hospitalaria específica, además de los aspectos que no son percibidos directamente por el usuario.

De otro lado, competitividad puede definirse como la capacidad para alcanzar y consolidar características de desempeño que permitan mantener una posición relevante y favorable frente a la sociedad y los competidores (quienes además de reconocer la excelencia, llegan a adoptar sus prácticas) para generar resultados que garanticen su permanencia, su crecimiento sostenible en el largo plazo y la capacidad de adaptación continua a un medio dinámico en permanente evolución.

Todas las organizaciones enfrentan la necesidad de mejorar la calidad en los bienes o servicios que generan por lo cual hoy en día calidad y competitividad dentro de las empresas modernas son sinónimos.

No dar importancia al tema de la calidad genera unos altos costos económicos y sociales: "Costos de no Calidad" son todos aquellos que no se hubieran producido si la calidad con la cual se prestan los servicios fuera perfecta o al menos estuviera presente.

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en las dos últimas décadas. Es así como la Ley 100 de 1.993 enfrenta a las instituciones de salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para la sobrevivencia institucional en el mercado.



La Empresa Social del Estado, Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia, es consciente de la importancia de la búsqueda de la calidad en la atención, como una filosofía institucional más allá del cumplimiento de las normas; pensando en nuestra obligación de brindar seguridad a los usuarios por lo cual plantea como prioritaria la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), enfocada al logro de mejores estándares en la prestación de los servicios que oferta, que permita satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad frente al servicio de salud.

La fundamentación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) está basada en el principio del autocontrol, es decir cada miembro de la organización debe participar en la planeación, ejecución y ajuste de sus procedimientos para que estos se correspondan con los estándares de calidad esperados, teniendo como referente la evaluación sistemática que realiza la institución en búsqueda de la cultura del autocontrol.

Pretendemos en esta formulación adoptar los criterios, indicadores y estándares para precisar los parámetros de calidad esperada en los procesos de atención con base en los cuales se definirán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales; haciendo un especial énfasis en el enfoque a la Acreditación en Salud para la Empresa Social del Estado. Concebimos el mejoramiento de la calidad como la solución a problemas que se plantean frente a las exigencias del Sistema Único de Acreditación, frente a la Gestión de los Riesgos y Eventos Adversos, además del monitoreo de los Indicadores de Calidad y los propios de cada proceso; estableciendo de esta manera ciclos continuos para el mejoramiento.

## **1. MARCO INSTITUCIONAL**

### **1.1 HISTORIA**

Desde el año de 1.812 empieza la colonización de lo que hoy es la región del Suroeste Antioqueño y muy particularmente de Concordia. Al pasar algunos años fue creciendo la población y se conformó una Junta integrada por Juan José Restrepo Uribe, José Antonio González, José María Restrepo Jaramillo, Javier Velásquez y Francisco Toro, quienes gestionaron ante la Cámara Provincial de Antioquia la posesión de estas tierras. Al nuevo caserío le colocaron el nombre de La Concordia en homenaje a la plaza de La Concordia en Francia.

Para el año de 1.860 por iniciativa de doña Romualda González de Restrepo, de doña Paula Toro de González y de don Rudesindo Quijano Restrepo, se gestó la idea de fundar un Hospital y de hecho, hoy en día estos personajes son considerados fundadores de la entidad.

Durante los años 1.874 a 1.876 se compraron con el producto de limosnas algunos solares para la construcción de un hospital. La institución recién fundada funcionó sin ninguna organización, dando asilo a algunos enfermos que eran asistidos por personas caritativas pero sin ninguna formación en salud.

El documento histórico más antiguo que existe es la escritura pública número 36 de 1.906 por medio de la cual Manuel Antonio Villegas y María Rosa Mesa dan en venta a las señoras María del Rosario y Paula Emilia Villegas una casa de habitación "inmueble ubicado en la cabecera de este Municipio que linda: Por el frente con la Calle de Caldas, por un costado con un solar del hospital..." lo que corrobora la versión de que efectivamente para esa época ya existía el hospital en el lugar donde funcionó hasta mediados del siglo pasado, local que hoy corresponde a la Escuela Cecilia Restrepo.

El 20 de Diciembre de 1.938 las señoritas Elisa y Teresa González Toro vendieron mediante escritura pública número 404 al departamento de Antioquia y este adquiere para la nación en la construcción del hospital de Caridad un lote de terreno denominado Manga del Hoyo donde hoy se encuentra construido el actual Hospital.

Con la promulgación de la Ley 10 de 1.990 se empezó a adelantar en el país un proceso de descentralización en el sector salud que tan solo se ha podido ir consolidando en los primeros



años del siglo XXI. Con la Constitución Política de la República de Colombia se consagra a la Salud como un Servicio Público y se establece la obligación del Estado de organizar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, oportunidad y eficiencia, para en 1.993 dar forma al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de dicho año.

Acogiéndose a los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1.993 el Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, se transformó en Empresa Social del Estado mediante Acuerdo No. 011 de agosto 13 de 1.994 emanado del Honorable Concejo Municipal. Como tal la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios es hoy una entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa cuyo objeto es la prestación de Servicios de Salud.

## **1.2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

De manera general se plantean los componentes básicos de la Plataforma Estratégica del Hospital, la cual se constituye en el pensamiento y quehacer filosófico que busca la mejora continua de su misión organizacional, para potenciar el aumento en el nivel de vida de los usuarios y por ende en el desarrollo social de la región de su área de influencia, así:

### **MISIÓN**

Prestar integralmente los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las demás intervenciones contemplados en los planes de beneficios tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad Concordiana, con base en nuestra capacidad resolutive garantizando la calidad, eficiencia y efectividad en su cliente interno.

### **VISIÓN**

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios del Municipio de Concordia como tal propenderá por la atención integral en salud a la comunidad de su área de influencia haciendo énfasis en la población de bajos recursos económicos y más vulnerables a través de políticas articuladas a la normatividad vigente.

Procurará aumentar progresivamente la cobertura de sus servicios, garantizando la rentabilidad financiera y social de la empresa.

## PRINCIPIOS CORPORATIVOS BASICOS

- **Respeto a la dignidad humana.** Propende por la consideración en la atención al usuario manifestando acatamiento y cortesía por los valores y derechos de cada una de las personas.
- **Eficiencia.** Utilización racional de los recursos humanos, tecnológicos, científicos y financieros acorde a las necesidades de la población a atender.
- **Eficacia.** Desarrollar las metas propuestas a través de la adecuada administración de los recursos.
- **Calidad:** Calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud, que garanticen atención oportuna, humanizada e integral. Entendiendo la calidad como una constante corporativa y como prioridad institucional.
- **Solidaridad:** Cobertura con prestación de servicios de salud a las personas con limitaciones en el acceso a ellos.
- **Participación:** Intervención de la población, afiliados y beneficiarios de la seguridad social, en la organización, control y fiscalización de la institución.
- **Unidad:** Articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestación de servicios para alcanzar los fines de la seguridad social en salud.
- **Valores Éticos:** El comportamiento de los miembros de la institución debe basarse y ajustarse a los valores y principios éticos que inspiran la vida de la organización: honestidad, integridad y justicia.
- **Productividad:** Permanencia y crecimiento de la unidad de salud, logrando estándares de eficiencia y eficacia para alcanzar el éxito. Productividad que asegure su desarrollo y el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades con el personal, clientes, proveedores y estado.
- **Competitividad:** Conocimiento del mercado, altos estándares de calidad, detección y satisfacción oportuna de las necesidades y expectativas del cliente y un compromiso integral con la excelencia en el servicio.

## 1.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

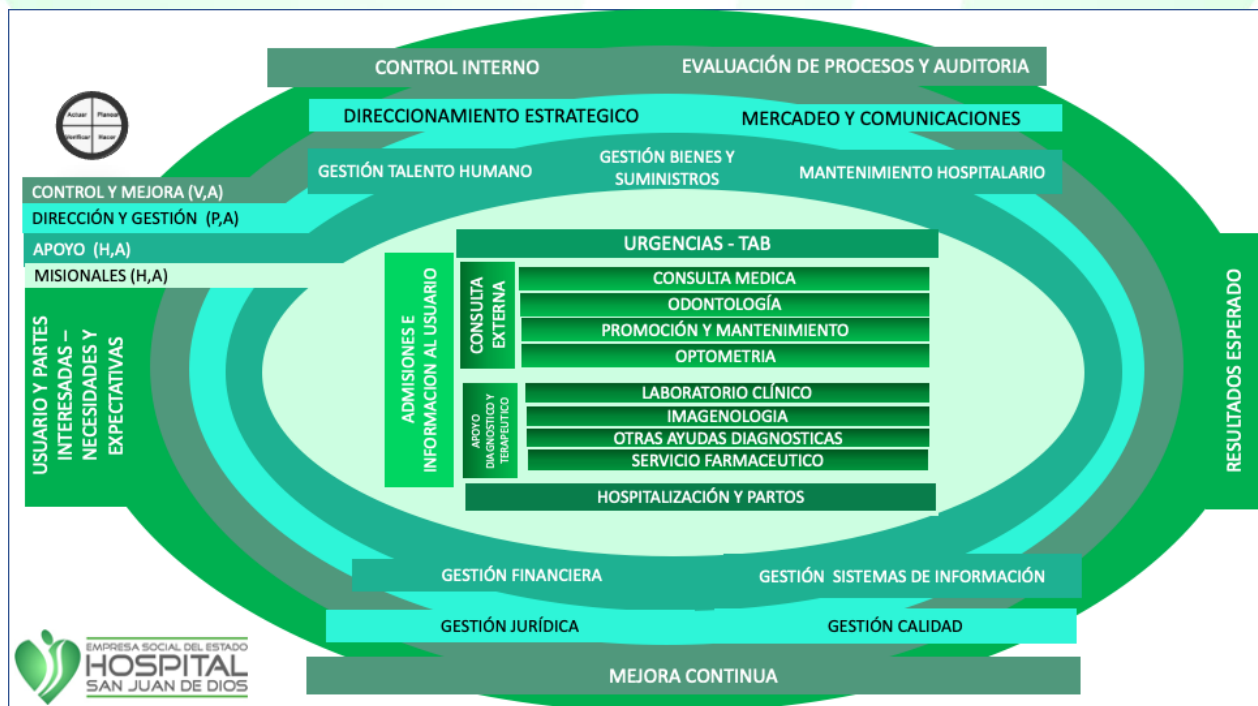
El portafolio de servicios de la institución esta dado en razón a los servicios que tiene habilitados la institución:

<b>SERVICIOS HABILITADOS</b>
General Pediátrica
Obstetricia
Medicina General
Odontología General
Optometría
Servicio De Urgencias
Transporte Asistencial Básico
Laboratorio Clínico
Radiología E Imágenes Diagnosticas
Servicio Farmacéutico
Ultrasonido
Toma E Interpretación De Radiografías Odontológicas
Tamización De Cáncer De Cuello Uterino
Protección Específica - Atención Del Parto
Protección Específica - Atención Al Recién Nacido
Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo ( Menor A 10 Años)
Detección Temprana - Alteraciones Del Desarrollo Del Joven ( De 10 A 29 Años)
Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo
Detección Temprana - Alteraciones En El Adulto ( Mayor A 45 Años)
Detección Temprana - Cáncer De Cuello Uterino
Detección Temprana - Cáncer Seno
Detección Temprana - Alteraciones De La Agudeza Visual
Protección Específica - Vacunación
Protección Específica - Atención Preventiva En Salud Bucal
Protección Específica - Atención En Planificación Familiar Hombres Y Mujeres

### 1.4 ORGANIGRAMA



### 1.5 MAPA DE PROCESOS



## 2. MARCO LEGAL

NORMA	ALCANCE
Constitución Política de Colombia:	<p>Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p>Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.</p>
Ley 100 de 1993:	<p>Artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y Calidad.</p> <p>Artículo 227: "Control y evaluación de la calidad del servicio de salud, Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.</p> <p>Artículo 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen:          "Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".</p> <p>Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.</p>



<b>NORMA</b>	<b>ALCANCE</b>
Ley 872 de 2003:	Se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público.
Ley 1122 de 2006:	Por medio del cual se hacen algunas modificaciones al sistema de seguridad social en salud; fija como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
Decreto 1011 de 2006:	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1083 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
Decreto 1499 de 2017:	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
Decreto 780 de 2016.	Por el cual se adopta el "manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1
Resolución 2181 de 2008:	Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter Público
Resolución 256 de 2016:	"Por la cual se dictan disposiciones en relación del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
Resolución 3100 de 2019	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de salud y de habilitación de Servicios de salud
Resolución 5095 de 2018:	Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalaria versión 3.1
Circular 012 de 2016:	hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 200, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.



NORMA	ALCANCE
Resolución 1328 de 2022	Mediante la cual se modifica la Resolución 5095 de 2018. Dicha normativa establece estándares de acreditación para instituciones que cuenten con servicios de salud con énfasis en baja complejidad; para este tipo de instituciones deberá cumplirse con los estándares y criterios establecidos en la presente norma y lo establecido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.

### 3. MARCO TEORICO

#### 3.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El marco normativo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud esta dado por el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ", que compiló al Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

#### 3.2 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

TERMINO	DEFINICIÓN
<b>Accesibilidad.</b>	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<b>TERMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Acciones Coyunturales:</b>	Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, 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 a la prevención de su recurrencia.
<b>Acciones de Seguimiento.</b>	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, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
<b>Acciones Preventivas:</b>	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.
<b>Acreditación</b>	Proceso voluntario de evaluación interna y externa y mejoramiento continuo con respecto a estándares superiores de calidad.
<b>Alcance de la Auditoría</b>	<p>Extensión y campo de la Auditoría dada. El alcance puede expresarse en términos de factores tales como ubicación física, unidades organizativas, actividades y procesos. Se refiere a las actividades cubiertas por una Auditoría, incluye cuando se considera apropiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos de auditoría</li> <li>• Naturaleza y extensión de los procedimientos de auditoría ejecutados</li> <li>• Período de tiempo auditado y Actividades relativas no auditadas, con el propósito de delimitar las fronteras de la auditoría.</li> </ul> <p>Este concepto se utiliza principalmente en la fase de planeación de todas las auditorías.</p>

<b>TERMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Aprendizaje organizacional.</b>	Comprende la realimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es, garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional.
<b>Atención de Salud:</b>	Se define 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.
<b>Auditoría Externa:</b>	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. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.
<b>Auditoría Interna:</b>	Consiste en 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 adquiera la cultura del autocontrol.
<b>Brecha de calidad:</b>	Corresponde a la diferencia entre la calidad observada y la calidad esperada, obtenida como el resultado de la medición de los proceso y las auditorias.
<b>Calidad en la Atención en Salud :</b>	Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

TERMINO	DEFINICIÓN
<b>Calidad Esperada:</b>	Corresponde a los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se medirá el desempeño de los procesos prioritarios o críticos.
<b>Calidad Observada:</b>	Es la situación actual de la institución con relación a lo que pide el estándar. Se realiza una descripción de como el enfoque ha sido implementado y de los soportes que respaldan el cumplimiento del propósito del estándar y sus requisitos.
<b>Calidad:</b>	Los servicios de salud deberá atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada
<b>Continuidad.</b>	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
<b>Cultura de Seguridad</b>	. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente
<b>Eficiencia:</b>	Es la optima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
<b>Enfoque de atención centrado en el usuario.</b>	Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
<b>Fortaleza</b>	Característica de calidad que cumple la organización en correspondencia a lo solicitado en el estándar.
<b>Indicador</b>	Es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo, una vez se tenga claridad sobre las causas que lo generaron.



<b>TERMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Mejoramiento Continuo de la calidad</b>	Comprende la recopilación, consolidación, análisis y verificación sistemática de la información, que permite identificar los problemas o fallas de la calidad para gestionar el mejoramiento continuo y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de resultados en salud.
<b>Oportunidad.</b>	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
<b>PAMEC</b>	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC. Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios"
<b>Plan de Mejoramiento</b>	Descripción de acciones de mejora a partir de fallas de calidad identificados, se suscriben a partir de las desviaciones encontradas en los indicadores de calidad definidos.
<b>Pertinencia.</b>	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
<b>Prevención</b>	Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
<b>Priorizar</b>	Consiste en seleccionar, jerarquizar, valorar y adoptar aspectos, temáticas y problemas de investigación en torno a los cuales la generación de conocimiento puede orientarse a

<b>TERMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
	respuestas sociales e institucionales que mejoren la salud de la población.
<b>Proceso en salud:</b>	Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.
<b>Procesos prioritarios asistenciales.</b>	Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbi mortalidad del país
<b>Protocolo:</b>	es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen
<b>Seguridad.</b>	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
<b>Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud</b>	Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
<b>Soporte de Forataleza</b>	Evidencia física (Documento, acto administrativo, informe, acta, video, fotografía, etc) de la característica de calidad cumplida por la entidad

### 3.3 PRINCIPIOS DE SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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



### 3.4 COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud tiene cuatro componentes a saber:

**Sistema Único de Habilitación:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

**PAMEC:** Se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad "concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación".

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- 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.

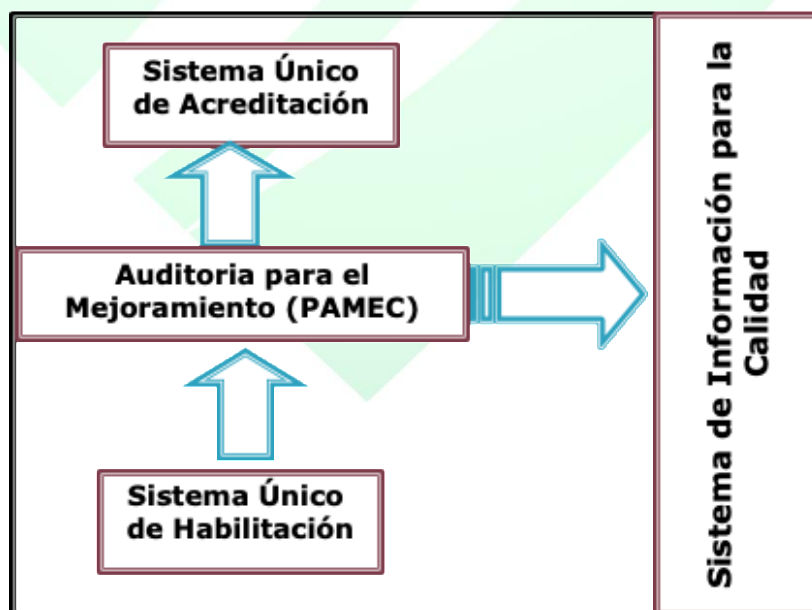
**Sistema Único de Acreditación:** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte

de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**Sistema de Información para la Calidad:** Este sistema tiene como filosofía la obtención de información generada en los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, estimular la referenciación competitiva basada en la calidad de los servicios y permitir a los usuarios la selección informada de sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear: hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar: contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar: contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular: propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.



## **3.5 ACTIVIDADES DE AUDITORIA**

### **3.5.1. PREPARACIÓN DE LA AUDITORÍA**

#### **Plan de auditoría**

Un plan de auditoria debe ser establecido y comunicado al cliente. El cliente debe revisar y aprobar dicho plan. Es presentado por el auditor líder al reponsable del proceso auditado.

El plan debe incluir:

- Los objetivos y alcance de la auditoria,
- El criterio a ser usado para la realización de la auditoría,
- La identificación de los procesos ser auditados,
- La identificación de los individuos dentro de la organización que tengan responsabilidades relativas a aspectos de la calidad.
- Identificación de los aspectos de calidad que son de alta prioridad.
- Identificación de los documentos de referencia.
- El tiempo y duración esperados para las entrevistas e inspecciones.
- Las fechas y lugares donde se va a realizar la auditoria.
- El Cronograma de reuniones que se van a tener con la gerencia del auditado.
- Requerimientos confidenciales.
- El contenido, formato y estructura del informe.

#### **Auditor líder y Asignación del equipo Auditor**

El auditor líder es el responsable de asegurar una conducta eficiente y efectiva de la auditoría dentro de los alcances de la misma.

Adicionalmente, el auditor líder tiene las siguientes responsabilidades y actividades que cumplir:

- Consultar y consensuar el alcance de la auditoría.
- Obtener la información de respaldo relevante
- Dirigir las actividades del equipo auditor.
- Preparar las comunicaciones.

- Coordinar la preparación de los documentos y procedimientos detallados de trabajo y reunir al equipo auditor.
- Representar al equipo auditor en discusiones con el auditado, antes, durante y después de la auditoría.
- Realizar los informes de la auditoría

Como esta normalizado, a cada miembro del equipo auditor se le deben asignar tareas específicas, o actividades por auditar. Estas designaciones deben ser realizadas por el auditor líder, en consulta con los miembros del equipo auditor correspondiente.

### **Documentos de Trabajo**

Los documentos de trabajo requeridos para facilitar la investigación del equipo auditor deben contener:

- Las formas que documenten las evidencias y soporten los resultados de la auditoría.
- Los procedimientos y listados de chequeo utilizados para evaluar.
- Los registros de reuniones.

Se deben mantener los documentos de trabajo por lo menos hasta que se complete la auditoría, la información confidencial debe ser resguardada de forma segura por los miembros de la auditoría.

### **3.5.2 EJECUCION DE LA AUDITORIA**

#### **Reunión de Apertura**

Debe darse una reunión de apertura, dirigida por el Líder de auditoría y el auditado. El propósito de una reunión de apertura es el de:

- Presentar a los miembros del equipo auditor a la gerencia del auditado.
- Revisar el alcance, los objetivos y el plan de auditoría y llegar a un acuerdo con respecto a la tabla de tiempos de la auditoría.
- Proveer un resumen corto de la metodología y de los procedimientos a ser utilizados durante la auditoría.



- Confirmar que los recursos y facilidades necesitadas por el equipo auditor estén disponibles.
- Promover la participación activa del auditado

### **Recolección de evidencias**

La información apropiada debe ser recopilada, analizada, interpretada y documentada, por el equipo auditor, para ser utilizada como evidencia de la auditoria en un proceso de verificación y evaluación para determinar si los criterios de la auditoría se están cumpliendo.

La evidencia de la auditoria debe ser de tal calidad y cantidad que auditores de calidad competentes, trabajando independientemente cada uno, lleguen a resultados de auditoría similares a la evaluación de la misma evidencia contra los mismos criterios de auditoría.

La evidencia de la auditoría debe ser recolectada por medio de entrevistas, revisión de documentos y la observación de actividades y condiciones.

La información recopilada por medio de entrevistas debe ser verificada por medio de la adquisición de información de respaldo de fuentes independientes, como observaciones, registros y resultados de medidas existentes. Declaraciones que no puedan ser confirmadas deben ser identificadas como tales.

Los auditores deben examinar la base de programas de muestreo relevantes y los procedimientos para asegurar un control de calidad de los procesos de muestreo y medición efectivos.

### **Observaciones de la Auditoría**

El equipo auditor debe revisar toda la evidencia de la auditoria para determinar donde no se cumple con los criterios. El equipo auditor debe entonces asegurarse que los resultados de la auditoria sean documentados de forma clara, concisa y que sean respaldados por la evidencia.

Los resultados de la auditoría deben ser revisados con la gerencia del auditado con el fin de obtener el reconocimiento de la base de todos los resultados.



## **Reunión de Cierre**

Luego de completar la fase de recopilación de evidencia y antes de preparar un informe de la auditoría, los auditores deberán tener una reunión con el auditado y aquellos responsables de las funciones auditadas. El propósito principal de esta reunión es el de presentar los resultados de la auditoría.

Los desacuerdos deben ser resueltos, si es posible antes de que el auditor líder presente el informe, las discusiones finales en el significado y descripción de los resultados de la auditoría última recaen en el auditor líder, sin embargo el cliente puede todavía estar en desacuerdo con los resultados.

### **3.5.3 DOCUMENTOS DE AUDITORIA**

#### **Preparación y Contenido del Informe**

Los resultados de la auditoría o un resumen de estos deben ser comunicados en un informe escrito. El informe escrito se prepara bajo la dirección del auditor líder, quien es el responsable de su exactitud y perfección. Las informaciones que se tomen en el informe de la auditoría deben ser los predeterminados en el plan de la auditoría.

### **3.5.4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN**

Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría, de los resultados esperados de la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento debe proponerse un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución.

## **3.6 ACCIONES DE AUDITORIA**

Para desarrollar el PAMEC de acuerdo a lo establecido en el decreto 1011 de 2006, la entidad debe realizar las acciones que permitan establecer el logro 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

### 3.7 TIPOS DE ACCIONES

**-ACCIONES PREVENTIVAS:** entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades 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.

**-ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad.

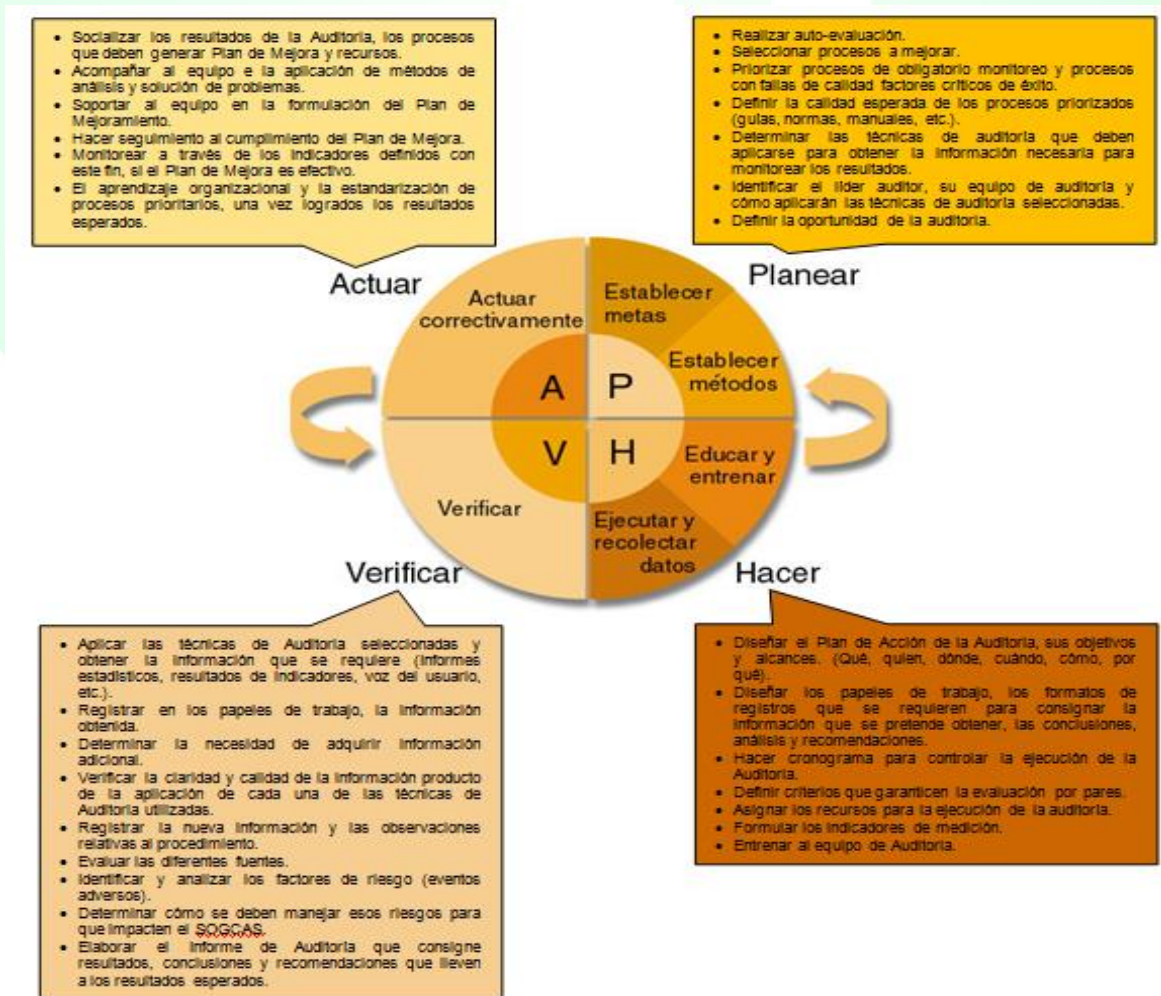
En este sentido debe recordarse que el enfoque de auditoría es el de mejoramiento continuo, y no el de inspección de calidad y que, por lo tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guía sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

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 organizaciones estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

**ACCIONES COYUNTURALES:** definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

### 3.8 CICLO PHVA

Para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se parte de la aplicación del ciclo del proceso administrativo más comúnmente usado "Planear, Hacer, Verificar y Actuar" o ciclo PHVA que se presenta en la siguiente figura y según el cronograma de actividades de implementación de la Ruta Crítica que se presenta más adelante en este documento y que tiene como fundamento inicial, encontrar los principales problemas de calidad que afectan la prestación óptima de los servicios de salud a los pacientes, usuarios y comunidad en general. Proceso que se debe llevar a cabo con base en el conocimiento pleno del hospital, en términos de sus procesos, recurso humano, infraestructura y dotación de equipos biomédicos e insumos y de sus interacciones permanentes. En la siguiente grafica se muestra el ciclo PHVA de manera resumida, donde se condensan las acciones a realizar en cada eje del ciclo, para mayor comprensión del proceso administrativo asumido.



### 3.9 NIVELES DE OPERACIÓN

**-AUTOCONTROL:** hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

**-AUDITORÍA INTERNA:** es el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de atención en salud, realizadas por la misma institución, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoría interna es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo de autocontrol, en la medida en que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

**-AUDITORÍA EXTERNA:** es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución.

## 4. OBJETIVOS DEL PAMEC

### 4.1 OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de la atención en salud en la Empresa Social del Estado, mediante la realización de acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales y la definición de planes de acción a partir de las oportunidades de mejora detectadas y priorizadas, en coherencia con los estándares del Sistema Único de Acreditación, que incluyan la evaluación de los procesos asistenciales prioritarios, la construcción de indicadores, la evaluación de la satisfacción de los usuarios, el seguimiento a riesgos y eventos adversos.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Capacitar a los funcionarios de la Empresa Social del Estado en el mejoramiento y estandarización de procesos, construcción de indicadores, manejo de eventos adversos en salud, seguimiento a riesgos, auditoría enfocada a la calidad y en aquellos



temas inherentes al diseño, formulación y mantenimiento del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

- Formular estándares de calidad esperada para los procesos en función de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad y satisfacción de los usuarios.
- Monitorear el desempeño de los procesos mediante el seguimiento a sus indicadores.
- Realizar la autoevaluación institucional frente a estándares de acreditación
- Realizar la medición sistemática de la satisfacción de los usuarios, mediante la aplicación de encuestas y el trámite de quejas, reclamos y sugerencias.
- Realizar auditoría clínica a los registros asistenciales mediante muestreo aleatorio probabilístico.
- Identificar y priorizar oportunidades de mejora para los procesos a partir de la autoevaluación de acreditación y cuando los indicadores evidencien una brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, con base en la matriz de priorización en términos de criterios de costo, volumen y riesgo (Costo de no calidad) tomar las medidas correctivas necesarias.
- Formular los planes de mejoramiento con las acciones específicas mediante las cuales se corrijan los problemas detectados.
- Verificar el cumplimiento y el impacto de las acciones ejecutadas como planes de mejoramiento, definiendo las acciones correctivas a que haya lugar.
- Establecer los mecanismos de retroalimentación a las diferentes áreas involucradas, tanto asistenciales como administrativas.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 ACTIVIDADES PREVIAS**

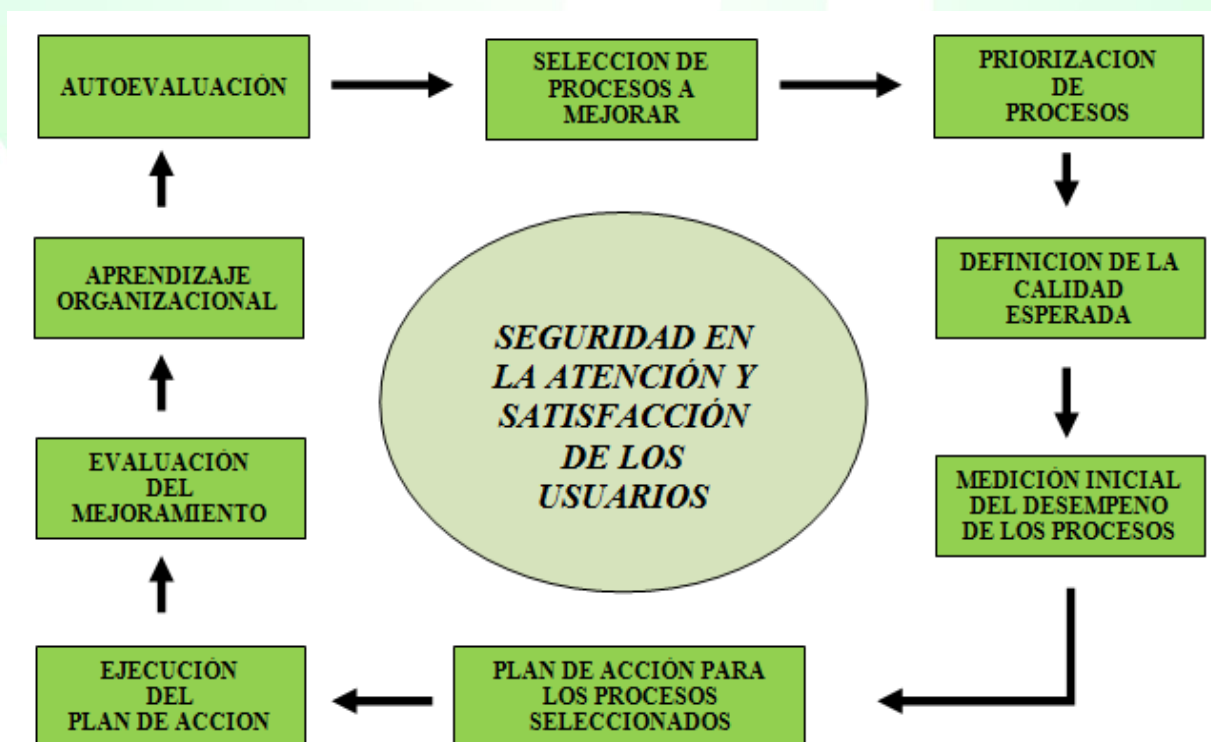
Son las actividades que el hospital realizará para ambientar y socializar el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, en términos de Conformar el equipo de Calidad, como instancia colegiada para la toma de decisiones, definición del enfoque y/o alcance que se le da al PAMEC para establecer que macroprocesos de mejora se van a desarrollar, la capacitación y socialización al personal del hospital, de los procesos de mejora a desarrollar, la elaboración del documento PAMEC y su respectivo cronograma de implementación, entre otros aspectos relevantes, gestiones que se desarrollan de manera regular en los escenarios destinados para dicho fin, como son: Reunión del Comité Primario de Calidad, Reuniones de

Equipo Directivo, reuniones generales de personal, reuniones grupales y focales con los diferentes líderes y dueños de procesos administrativos y asistenciales, y cualquier otro medio que permita la transmisión de conocimientos y saberes entre los servidores públicos del hospital y de los cuales se dejan constancia en actas o documentos escritos de las partes intervinientes, según los modelos establecidos.

## 5.2 RUTA CRÍTICA

Como parte fundamental del proceso de planeación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud se propone la ruta crítica de acciones a desarrollar, las cuales se deben llevar a cabo para obtener resultados positivos a lo largo de su implementación.

### RUTA CRÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD





### **5.2.1 AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFASIS EN ESTANDARES DE ACREDITACION**

Se plantea un mecanismo para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de los atributos de calidad. Para el efecto, se ha diseñado un paquete de indicadores que articulan los de obligatorio cumplimiento, contenidos en la Resolución No. 256 de 2016, Circulares 030 de 2.006, 056 de 2.009 y 009 de 2012 expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, con aquellos indicadores que se han definido como centinelas para la Empresa Social del Estado, los indicadores definidos como centinelas están enfocados a la evaluación de la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad y satisfacción en la prestación de los servicios de salud. Estas características corresponden a los atributos de la calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud.

Adicional a ello, se realiza la autoevaluación del estado actual del hospital frente a los Estándares de Acreditación en Salud, con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para la Atención en Salud, contenidos en el anexo técnico de la Resolución No. 5095 de 2018 emanada del Ministerio de Salud. (Manual de Acreditación en Salud) donde se realiza un análisis Cualitativo, en términos de validar el estado del hospital en sus Fortalezas, Oportunidades de Mejora y los Soportes de las Fortalezas, además de realizar el análisis frente a la Matriz de Priorización en sus tres dimensiones: Riesgo, Costo y Volumen, para determinar cuáles son los Estándares con mayor calificación o más críticos para proceder a realizar la priorización e intervención de los mismos; luego se realiza un análisis Cuantitativo a todos los Estándares de Acreditación, asignando una calificación de 1 a 5 de acuerdo al grado de desarrollo de los Estándares en el hospital, en términos de su Enfoque, Implementación y Resultado.

### **5.2.2.- SELECCIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN O PROCESOS A MEJORAR:**

A partir del diagnóstico y estudio de las oportunidades de mejora que se evidencien en el proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación, y de las auditorías internas de calidad, tendencias de los indicadores y auditorías externas, serán definidos y seleccionados aquellos Estándares de Acreditación y/o oportunidades de mejora que dado su volumen, costo y riesgo se haga necesario intervenir, con fundamento en la capacidad instalada y

resolutiva del hospital, además de buscar mejorar los procesos misionales de manera constante y que le apunten a los procesos más importantes, los cuales están definidos en el Mapa de Procesos de la entidad, el cual es publicado y socializado a los empleados del hospital y a las partes interesadas.

### **5.2.3. PRIORIZACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION O PROCESOS A INTERVENIR:**

Con base en el proceso de Autoevaluación de los Estandares de Acreditación y después de aplicar la Matriz de Priorización (Riesgo, Volumen y Costo) con sus valores numéricos asignados (1, 3, 5) se priorizan los Estandares que arrojan un valor mayor, siendo 1 la menor calificación obtenida y 125 la mayor calificación obtenida, de ellos se escogieran los Estandares que hallan arrojado la mayor calificación, para ser desarrollados en cada vigencia, a los Estándares priorizados y a sus oportunidades de mejora, se le asignan los líderes o dueños de procesos que se encargaran de realizar y ejecutar los planes de mejoramiento o de acción, con el fin de hacer cierre de brechas y por ende alcanzar procesos de mejora continua en los procesos intervenidos.

### **5.2.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA:**

Se define como calidad esperada aquella situación que se expresa como el estándar óptimo de desempeño o de comportamiento personal y organizacional, que puede representarse de manera cualitativa o cuantitativa. Se cuantifica como umbral de desempeño óptimo, aceptable o no aceptable de acuerdo con el comportamiento del indicador en los rangos previamente definidos y que pueden basarse en la referenciación comparativa, la revisión bibliográfica o el comportamiento histórico de los procesos intervenidos. Cualitativamente se establece la calidad esperada como el estándar óptimo a alcanzar y que está alineado con los estándares de acreditación.

### **5.2.5 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:**

La medición del grado de avance de los Estandares de Acreditacion se realiza con base en la escala de calificación del SUA descrita en el ítem de Autoevaluación de este documento, como proceso metodológico de calificación generalmente usado y aceptado en el sistema. De igual forma se elabora un cronograma de auditorías internas de calidad para la vigencia fiscal que es comunicado y socializado el comité primario de calidad y a las partes

interesadas, el cual tiene por objeto encontrar oportunidades de mejora y cerrar las brechas y hallazgos encontrados, de modo que se garantice un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en todos los Estandares y procesos que son objeto de auditorías internas de calidad.

De igual forma y para hacer más efectivo el proceso de mejora continua, se tiene diseñados los formatos para la realización de las Auditorías Internas de Calidad, Planes de Mejoramiento, Papeles de Trabajo, Fichas Técnicas de Indicadores, entre otros.

#### **5.2.6. PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN O PROCESOS SELECCIONADOS:**

Una vez realizada la Autoevaluación de los Estandares de Acreditación y la programación de Auditorías Internas de Calidad, en las cuales se detectan oportunidades de mejora, se procede a realizar Planes de Mejoramiento o de Acción para cerrar las brechas encontradas a la mayor brevedad posible, para lo cual se tiene establecido un formato sencillo que se basa en la metodología de los 5W 1H, el cual está alineado con el Manual para la Elaboración de Planes de Mejoramiento expedido por el Ministerio de la Protección Social, que se diligencia por áreas o servicios auditados y se pone en ejecución dentro de la vigencia fiscal respectiva.

#### **5.2.7. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA (EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO):**

Los Planes de Mejoramiento o de Acción se elaboran y se socializan con los líderes o dueños de los procesos, a los cuales se les capacita en la metodología para su diseño, elaboración, implementación y seguimiento, y es responsabilidad de los mismos, ejecutar de manera oportuna, efectiva y eficiente las actividades resultantes de los planes de mejoramiento, para lo cual dejan evidencias documentadas de las acciones de mejora realizadas; el equipo directivo de la Empresa (Honorable Junta Directiva, Gerencia, Comités, Comisiones, Grupos de Trabajo, Jefes de Área, Jornadas de Capacitación) Velará por el cabal cumplimiento de los planes de mejoramiento y formulará los correctivos que deban tomarse, cerrando con ello el ciclo de la calidad (PHVA) y la ruta crítica en la implementación del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

### **5.2.8. EVALUACION DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA:**

El Comité de Calidad,, realizan de manera regular el seguimiento a la ejecución del PAMEC y de los planes de mejoramiento, para garantizar que las acciones documentadas de realicen en los tiempos establecidos y se cumpla con el cierre de ciclos de los hallazgos encontrados, garantizando de esta manera, procesos de mejora continua de los estándares o procesos priorizados en la ejecución del PAMEC.

### **5.2.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:**

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) pretende alcanzar una cultura organizacional orientada a generar conductas y actitudes individuales y grupales que permitan alcanzar más y mejores desarrollos organizacionales que permitan satisfacer las necesidades de los usuarios con niveles óptimos de calidad en la prestación del servicio de salud, es por esto que de manera permanente se retroalimentan a través de capacitaciones, reuniones generales de personal, reuniones de grupos primarios, asesorías individuales y publicación de información en las carteleras, las cuales están accesibles a los usuarios y los funcionarios; los resultados de las evaluaciones de los procesos y los planes de mejoramiento que se formulan y que alcanzan un nivel de desarrollo que amerita la estandarización de los procesos, su implementación, socialización y evaluación, garantizando así, que el Aprendizaje de la Organización se evidencie a través de la cultura y el nuevo comportamiento de los servidores públicos del hospital, en pro de la mejora continua de los servicios de salud ofertados y prestado por el Hospital.

## **5.3 AUDITORIAS**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un sistema de control, nos lleva a observar de manera nueva el control. El control se debe enfocar más que a detectar fallas en la institución, o elaborar una lista de fallas que se limitan a explicar por qué no funciona, es garantizar que los resultados estén centrados en el usuario y debe propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.



## **PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD:**

De igual forma se desarrolla de manera puntual el Plan de las Auditorías Internas de Calidad según la programación que se relaciona a continuación, donde también se contempla los siguientes aspectos: Generalidades, Definición, Objetivo, Alcance, Criterios, Riesgos, Recursos y la programación general anual de las auditorías a realizar, las cuales llevan las fechas, horas, servicio o área auditada, personas a auditar, auditores y lugar donde se lleva a cabo la auditoria, posteriormente se elaboraran los respectivos informes de las auditorías y se socializaran con las personas involucradas en el proceso.

Para la ejecución del procedimiento de auditoría, es necesario cumplir las siguientes etapas:

**Planear el procedimiento de Auditoría:** La planeación es el eje principal del trabajo de auditoría sobre los procesos prioritarios de la organización, ya que de su adecuada formulación dependerá el logro de los resultados que satisfagan los objetivos propuestos; esto implica el desarrollo de estrategias que permitan la toma de decisiones apropiadas acerca de la naturaleza, oportunidad y alcance del trabajo de auditoría asignando los recursos apropiados, identificando los objetivos por desarrollar, quién, cómo y cuándo los ejecutará, así como también los pasos por seguir antes, durante y después del trabajo, de los procedimientos y técnicas que deben aplicarse para obtener la información necesaria, el diseño de los formatos que se requieren para consignar la información obtenida, entre otros. En esta fase se contemplan como mínimo los siguientes aspectos:

- Los objetivos del procedimiento de auditoría.
- El alcance del procedimiento de auditoría
- Las técnicas de apoyo por utilizar
- La identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro
- El equipo ejecutor de la auditoría: Es importante programar el equipo que estará a cargo de la realización del procedimiento y del informe final de los hallazgos de la auditoría (calidad observada),
- Cronograma de auditoría y demás aspectos administrativos que se requieran para su desarrollo.

**Ejecutar el procedimiento de auditoría:** La realización del procedimiento de auditoría significa la construcción conjunta (auditado-auditor) de una investigación basada en el



método científico del proceso por evaluar, definir en forma clara el proceso (foco u objeto de auditoría), el problema por investigar (resultado no logrado), analizar las posibles causas de su presentación, recolectar la información necesaria para identificar las que tienen mayor peso y así poder formular planes de mejoramiento.

**Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan de auditoría:** Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento

## **6. PLAN DE CONTINGENCIA**

La planificación siempre será una forma efectiva e evitar los retrasos en la Auditoría de Calidad

En la práctica sobre el terreno, el auditor puede evitar los retrasos en la Auditoría de Calidad, siguiendo su plan de trabajo al pie de la letra y evitando tocar temas que se aparten de su hoja de ruta o no estén relacionados con la Gestión de la Calidad.

En caso de presentarse retrasos en el programa es necesario concentrarse en las causas y realizar un plan de acción en donde se reprogramen nuevamente las fechas de ejecución

## **7. REPORTE DE INDICADORES**

Se debe efectuar el reporte de la circular 012 de 2016 a la Supersalud, en archivo tipo ST002, con una fecha límite de reporte a Febrero 28 y una periodicidad anual.

### **CUERPO DEL FORMATO.**

1. Código Municipio: Este campo se debe diligenciar con el código del municipio donde se encuentra ubicada la entidad que suscribe el PAMEC según la división político administrativa DIVIPOLA – DANE. Este campo debe contener 5 caracteres.

2. Fecha Inicial: Este campo se debe diligenciar con la fecha de inicio de las acciones de mejora, en el formato DD/MM/AAAA. Esta fecha deberá ser inferior o igual al 31 de diciembre del año de reporte.
3. Fecha Fin: Este campo se debe diligenciar con la fecha propuesta para finalizar el plan de mejora, en el formato DD/MM/AAAA. Debe tener en cuenta que la fecha registrada en este campo no debe ser inferior a la fecha inicial (Variable 3)
4. Acciones Programadas: Este campo se debe diligenciar con el número de acciones de mejora programadas para la vigencia anterior, derivados de los planes de mejoramiento que resultaron del PAMEC. El número registrado debe ser mayor o igual a cero (0).
5. Acciones ejecutadas: Este campo se debe diligenciar con el número de acciones de mejora ejecutadas, derivados de los planes de mejoramiento que resultaron del PAMEC. El número registrado en esta variable no debe ser superior al registrado en las acciones programadas (Variable 4) y el número registrado debe ser mayor o igual a cero (0).
6. Auditorías Internas Programadas: Este campo se debe diligenciar con el número de auditorías internas al PAMEC programadas para la vigencia establecida derivadas del mismo Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad. El número registrado debe ser mayor o igual a cero (0).
7. Auditorías Internas Ejecutadas: Este campo se debe diligenciar con el número de auditorías internas al PAMEC ejecutadas la vigencia establecida, para evaluar los planes de mejoramiento para alcanzar a la calidad esperada. El valor ingresado en esta variable no debe ser superior al registrado en las Auditorías internas programadas (Variable 6) y el número registrado debe ser mayor o igual a cero (0).
8. Documentos soporte: Este campo se debe diligenciar con el número de documentos que muestren evidencia de la revisión del aprendizaje organizacional en el cual se identifican las acciones que deben estandarizarse en la entidad como resultado de la ejecución del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, de conformidad con la normatividad vigente. El número registrado debe ser mayor o igual a cero (0).
9. Procesos Estandarizados: Este campo se debe diligenciar con un listado, de manera clara y precisa, de los procesos que contenga su mapa de procesos institucional y/o

procedimientos, que fueron estandarizados como producto de la ejecución efectiva del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Cada proceso deberá ser separado por punto y coma (;). No se puede exceder los 4000 caracteres. Ejemplo: "Hospitalización; Urgencias"

10. Nombre del Líder de Calidad: Este campo se debe diligenciar con el nombre completo (Nombre(s) y Apellidos) del Líder del área de calidad; profesional responsable del desarrollo del plan de mejoramiento del PAMEC.

11. Dirección Electrónica Líder de Calidad: Este campo se debe diligenciar con la dirección de correo electrónico (E-mail) del Líder del área de calidad. Este campo debe tener la estructura: [a-zA-Z0-9]@[a-zA-Z0-9].[a-zA-Z0-9].

12. Teléfono del Líder de Calidad: Este campo se debe diligenciar con el número de telefónico fijo o móvil de contacto (Móvil: 10 dígitos, Fijo: 7 dígitos) del Líder del área de calidad.

13. Nombre del Responsable: Este campo se debe diligenciar con el nombre completo (Nombre(s) y Apellidos) de la persona responsable de realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento del PAMEC. Esta persona será el punto de contacto con la Superintendencia Nacional de Salud para cualquier inquietud con respecto al formulario, si el responsable es el mismo líder de calidad, se puede diligenciar el mismo nombre que el del campo 10.

14. Cargo del Responsable: Este campo se debe diligenciar con el cargo que ocupa dentro de la organización la persona responsable de realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento del PAMEC.

15. Dirección Electrónica Responsable: Este campo se debe diligenciar con la dirección de correo electrónico (E-mail) de la persona responsable de realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento del PAMEC. Este campo debe tener la estructura: [a-zA-Z0-9]@[a-zA-Z0-9].[a-zA-Z0-9].

16. Teléfono del Responsable: Este campo se debe diligenciar con el número de telefónico fijo o móvil de contacto (Móvil: 10 dígitos, Fijo: 7 dígitos) de la persona responsable de realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento del PAMEC.



## BIBLIOGRAFIA

PAUTAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Consultado en:

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

GUÍAS BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS PAUTAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Consultado en:

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

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO FORMATO ST002 – Aplicación del PAMEC.

Consultado en:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/INSTRUCTIVO%20ST002.pdf>

### INFORMACION DEL DOCUMENTO

VERSIÓN-CODIGO	FECHA	ÍTEM MODIFICADO	DESCRIPCIÓN
01 200.20.23	Febrero 2021	Ninguno	Elaboración del documento
02 200.20.23	Enero 2022	Mapa de procesos marco legal	