



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

“PAMEC”



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Código:

Versión: 04

Página 2 de 25

Fecha primera emisión:
01/07/2010

MECI-CALIDAD

CONTENIDO

DATOS INSTITUCIONALES

1. INTRODUCCION
2. MARCO NORMATIVO
3. MARCO CONCEPTUAL
4. PLATAFORMA ESTRATEGICA
 - 4.1. MISIÓN
 - 4.2. VISIÓN
 - 4.3. POLÍTICA DE CALIDAD
 - 4.4. OBJETIVOS DE CALIDAD
 - 4.4. MAPA DE PROCESOS
5. PROGRAMA DE AUDITORIA
 - 5.1. OBJETIVO GENERAL
 - 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
 - 5.3. ALCANCE
 - 5.4. ETAPAS GENERALES DEL PROGRAMA
6. DESARROLLO E IMPLEMENTACION PAMEC
 - 6.1. AUTOEVALUACIÓN
 - 6.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR
 - 6.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR
 - 6.4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA
 - 6.5. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS
 - 6.6. PLAN DE ACCIÓN
 - 6.7. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO
 - 6.8. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO
 - 6.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL
7. ESTRUCTURA DEL REPORTE CIRCULAR 012/2016

ANEXOS


Cronograma PAMEC

Matriz de autoevaluación, selección y priorización de estándares

Planes de mejora

Evidencias del aprendizaje organizacional

Indicadores calidad observada/esperada

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
MECI-CALIDAD		Página 3 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

DATOS INSTITUCIONALES:

Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL SOCORRO

Código de habilitación: 2075000450

Dirección: CALLE 4 NO 2 – 36

Teléfono: 5798009

Representante Legal: MARIA MILENA MAESTRE MORA

Grupos de servicios: Consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, apoyo diagnóstico, internación, transporte asistencial

Grados de complejidad: Baja complejidad


Tipo de población atendida: Régimen subsidiado, PPNA

1. INTRODUCCION

La ESE Hospital el Socorro de San Diego, con el propósito de darle cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y en la búsqueda constante de la calidad de los servicios de salud que presta a sus usuarios, documenta el Programa De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad (PAMEC) acorde a los lineamientos de la ruta crítica, propuestos Ministerio de la Protección Social y a los estándares de acreditación resolución 0123 de 2012.

El presente documento es producto del trabajo en equipo de los profesionales de la E.S.E, en él se plasman los conocimientos, experiencias y aprendizaje organizacional de los mismos, quienes han presentado sus aportes para construir esta guía orientada de la aplicación del Sistema de Calidad en la prestación de los servicios de salud.

Este programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención "PAMEC", se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica, en donde con base en una autoevaluación institucional se establecieron los procesos prioritarios a mejorar, con el propósito de acercar a la institución a las necesidades y expectativas de los usuarios, con la intención de generar acciones planificadas y sistemáticas en las cuales la participación de la dirección asegura la viabilidad de

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 4 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

las acciones de mejoramiento y a su vez guía el proceso institucional de desarrollo hacia un objetivo corporativo de calidad.

2. MARCO NORMATIVO

La implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en la ESE Hospital el Socorro tiene como base la siguiente normatividad:

- **Decreto 780 de 2016**, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Se dictan las disposiciones para el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad para IPS.
- **Circular 012 de 2016**, por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparten instrucciones relacionadas con el PAMEC y sistema de información para la calidad.
- **Pautas de Auditoria 2007**, Ministerio de la Protección Social 2007.
Esta es una actualización del documento Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, publicada inicialmente en el año 2002.
- **Guía Básicas Implementación Pautas de Auditoria 2007**, Ministerio de la Protección Social 2007.
- **Resolución 123 de 2012**, por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006, se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorios y Hospitalarios.
- **Resolución 2003 de 2014**, define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud e implementar el componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Código:

Versión: 04

Página 5 de 25

Fecha primera emisión:
01/07/2010

MECI-CALIDAD

- **Decreto 903 de 2014**, modifica el Sistema Único de Acreditación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; así como definir las reglas para su operación en los Sistema Generales de Seguridad Social Salud y Riesgos Laborales.
- **Resolución 2082 de 2014**, donde se dictan disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.


3. MARCO CONCEPTUAL.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, 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.

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

- **ATENCIÓN EN SALUD:** Es 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 de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO:** La organización debe coordinar y articular todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

- **BENEFICIOS:** El mejoramiento de la calidad representa beneficios a la organización reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado.
- **ESTÁNDAR:** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable y contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.
- **ESTANDARIZACIÓN.** Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.
- **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** Debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 7 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

NIVELES DE AUDITORÍA:

- ✓ **AUTOCONTROL:** Que establece que “cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización”.
- ✓ **AUDITORÍA INTERNA:** Es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- ✓ **AUDITORÍA EXTERNA:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la meso gestión, con base en acuerdos previamente pactados.

TIPOS DE ACCIONES:

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



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Código:

Versión: 04

Página 8 de 25

Fecha primera emision:
01/07/2010

MECI-CALIDAD


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

ACCIONES DE SEGUIMIENTO:

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

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño.

ACCIONES COYUNTURALES: Definidas como el "conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia".

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 9 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

4.1. MISIÓN

Prestar al usuario y su familia los servicios de salud de baja complejidad centrado en un modelo de atención primaria eficiente y con calidez humana.

4.2. VISIÓN


La ESE Hospital el Socorro será reconocida como la entidad Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad líder en la implementación de estándares de alto nivel de calidad con un modelo de atención de seguridad del paciente y de responsabilidad social en el departamento del Cesar.

4.3. POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

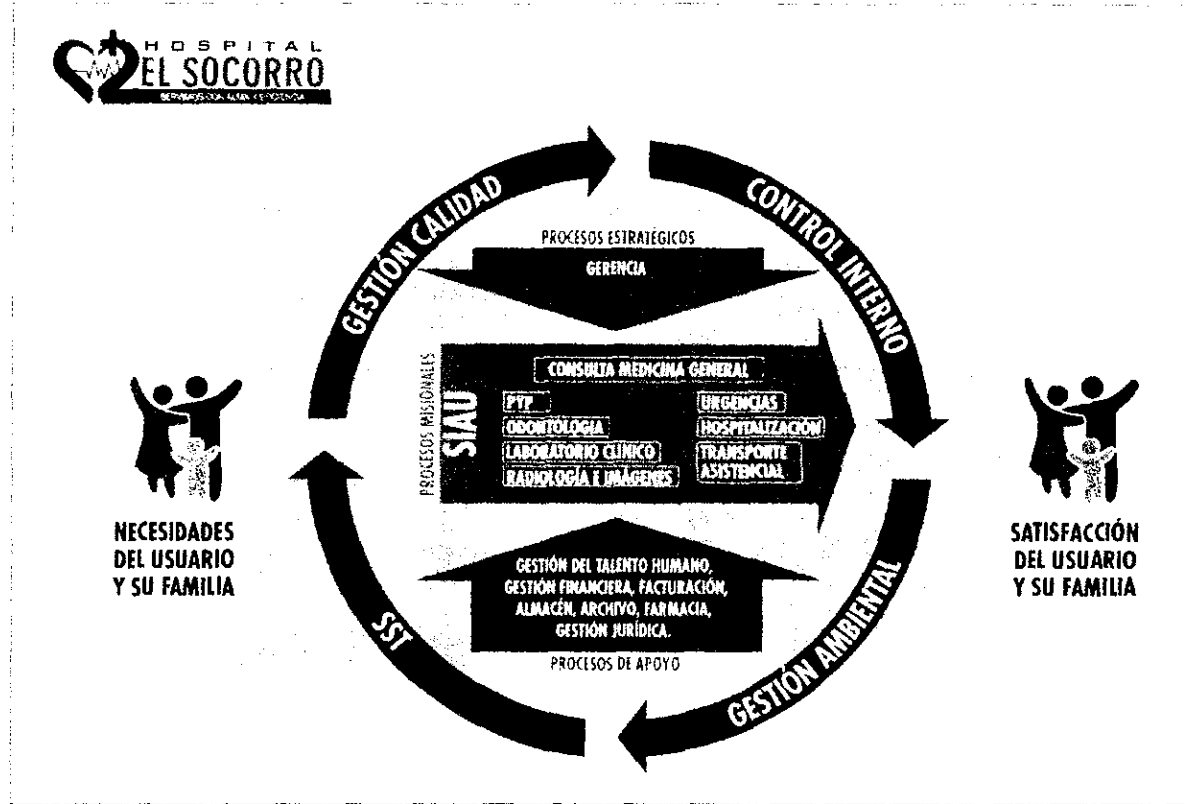
La ESE Hospital el Socorro expresa su compromiso en satisfacer las necesidades en la prestación de servicios de salud a través de un equipo de colaboradores comprometidos y competentes, que aseguran la implementación de estándares superiores de calidad en los procesos de atención, con el uso de los mejores recursos y actuando de forma eficiente y segura que se traducen en superar las expectativas de calidad de la atención del usuario y mejora continua de la institución.


4.4. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Brindar servicios de salud de baja complejidad con estándares de calidad y de excelencia para el usuario y su familia.
- Desarrollar un sistema de información altamente eficiente que sirva de apoyo para la planeación estratégica, asistencial y de investigación.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
	MECI-CALIDAD	Versión: 04
Página 10 de 25		
Fecha primera emision: 01/07/2010		

4.5 MAPA DE PROCESOS




	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 11 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

5. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE AUDITORIA

Implementar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la ESE Hospital el Socorro como herramienta de gestión para la mejora continua alcanzando estándares superiores de calidad basados en el Sistema Único de Acreditación, que impacten en el mejor desempeño de los servicios prestados.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Sensibilizar a los funcionarios sobre la importancia de evaluar los procesos con base a los estándares de acreditación.
- Diagnosticar el estado actual de cada proceso con respecto a los estándares de calidad para la aplicación de la ruta crítica.
- Impulsar la autoevaluación de los procesos de la institución, llevando con esto el cumplimiento de los máximos estándares de calidad.
- Diseñar propuestas de mejoramiento de los planes de acción de los procesos seleccionados.
- Evaluar el cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento.
- Evaluar la adherencia los planes de mejoramiento de cada uno de los estándares.
- Fomentar la participación activa y responsable de los funcionarios de la ESE en el mejoramiento de la calidad de la atención.
- Lograr la satisfacción integral de los clientes externos e internos de la entidad.
- Contar con un sistema de información general y de la calidad de los servicios, que permita la adecuada y oportuna toma de decisiones.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 12 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

5.3. ALCANCE

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad parte desde la autoevaluación con los estándares de acreditación realizada en la vigencia hasta el aprendizaje organizacional, logrando finalizar todas las etapas de la ruta crítica, con el fin de mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos, potenciando el mejoramiento continuo.

5.4. PLANEACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD


a. **ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO PAMEC:** Para iniciar el proceso de actualización e implementación de la versión N° 03 del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, se elaboró un cronograma teniendo en cuenta la ruta crítica, utilizando para ello la matriz 5 W1H (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y cómo). Se diseñó e implementó una nueva plataforma estratégica en la ESE Hospital el Socorro de San Diego Cesar.

b. **CONFORMACION EQUIPO PAMEC:** Se estableció un equipo para la autoevaluación conformado por líderes de procesos, el cual se capacito sobre generalidades del PAMEC, Sistema Único de Acreditación y metodología para la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares. Bajo la Resolución: Resolución 078 del 21 Junio de 2017.

c. **FRECUENCIA DE REUNION DEL COMITÉ:** Trimestral

• RECURSOS NECESARIOS:

- ✓ **HUMANOS:** Equipo de mejoramiento conformados en la ESE Hospital El Socorro.
- ✓ **FÍSICOS:** Oficina de Calidad y demás áreas de la Institución.
- ✓ **TECNOLÓGICOS:** Computadores, acceso a Internet y video vean.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 13 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

✓ **FINANCIEROS:** De acuerdo a las acciones definidas en los procesos priorizados.


- **METODOLOGIA:** La metodología utilizada para el desarrollo del PAMEC es la definida en las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007) definidas por el Ministerio de la Protección Social, la cual está definida por la ruta crítica de PAMEC.

6. RUTA CRÍTICA PAMEC

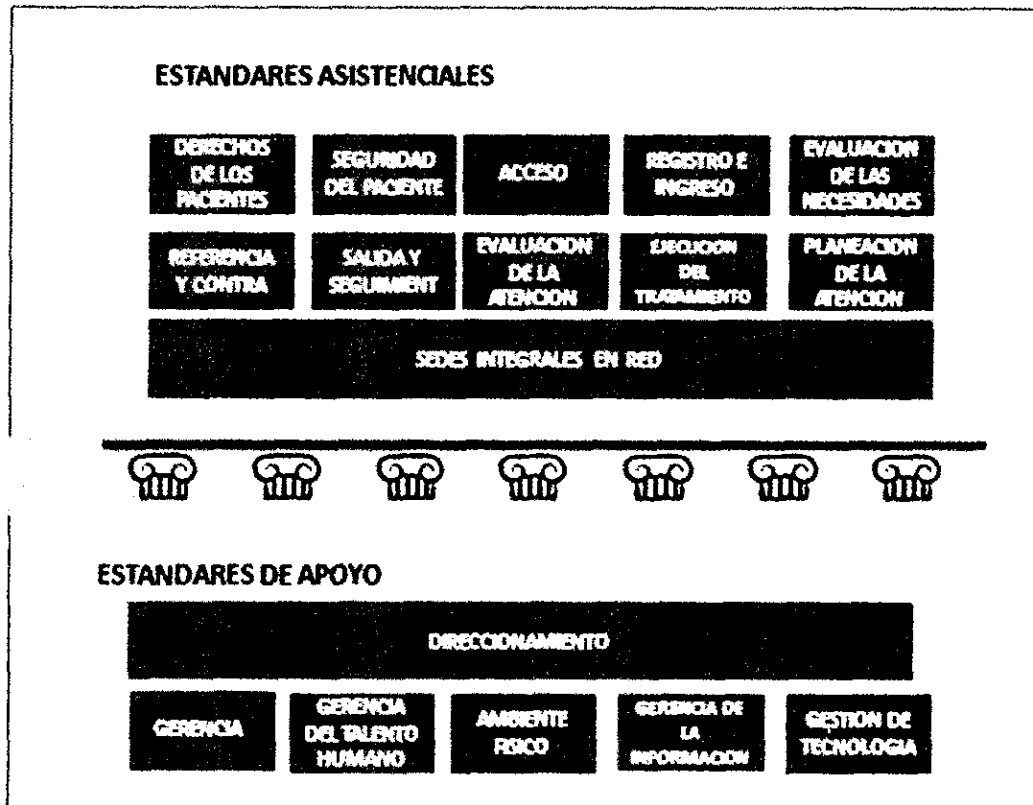


6.1. AUTOEVALUACIÓN

Mediante la conformación del equipo de mejoramiento de la ESE la autoevaluación se realiza bajo estándares de acreditación según Resolución 0123

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
	MECI-CALIDAD	Versión: 04 Página 14 de 25 Fecha primera emision: 01/07/2010

del 2012, la cual establece un diagnóstico básico general de los estándares asistenciales y de apoyo.




METODOLOGIA PARA LA AUTOEVALUACION

La primera fase consiste en una socialización a todo el equipo de autoevaluación de la institución donde se socializa el proceso de autoevaluación y el objetivo de este.

Etapas de la metodología:

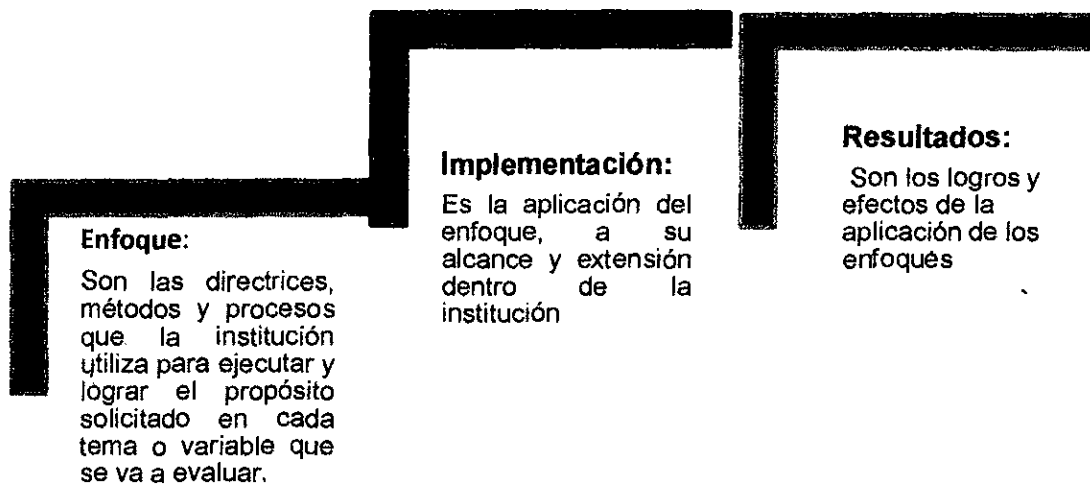
- Leer los estándares antes de iniciar la calificación.
- Interpretar el estándar y aclararle de ser necesario.


	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 15 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

- c) Iniciar la autoevaluación en los procesos.
- d) Documentar y registrar las fortalezas relacionadas en la Matriz de Autoevaluación de Estándares.
- e) Determinar las debilidades de la organización frente al estándar.
- f) Definir acciones de mejoramiento para las debilidades.
- g) Calificar cuantitativamente el estándar

METODOLOGIA PARA LA CALIFICACION DE LOS ESTÁNDARES

Luego de la interpretación y análisis del estándar se procede a la calificación de acuerdo a la escala de calificación, según Resolución 2082 de 2014, a través del cual se realiza la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados de acuerdo a la escala de calificación de 1 a 5.



	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 16 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

VARIABLE DE CADA DIMENSION

1. Enfoque:


- ✓ **Sistematicidad:** Grado en el que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- ✓ **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta a las diferentes áreas de la organización o distintos puntos de capítulo.
- ✓ **Por Actividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y pre activo.
- ✓ **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma en que se evalúa y mejora el enfoque

2. Implementación:

- ✓ **Despliegue en la Institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- ✓ **Despliegue hacia el usuario:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósito del estándar.

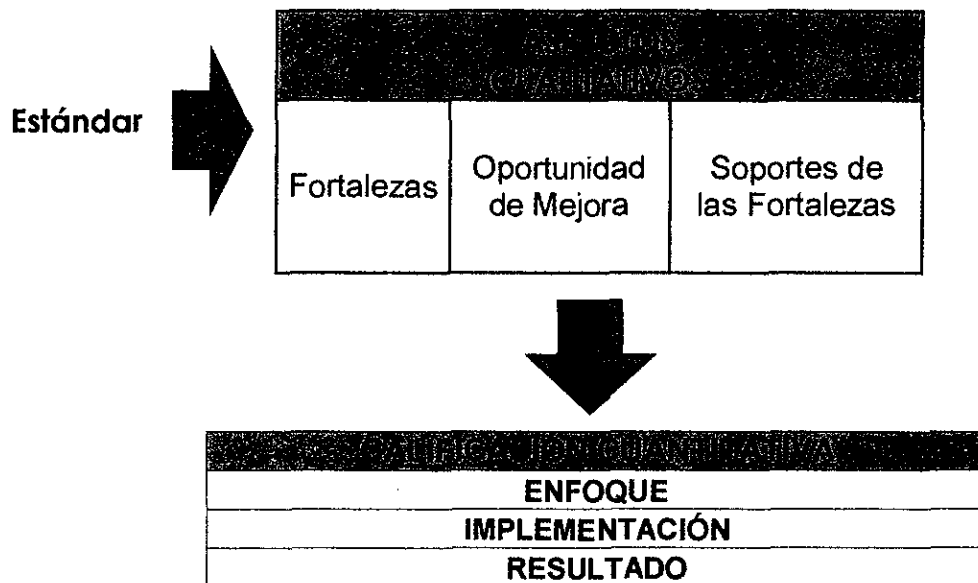
3. Resultados:

- ✓ **Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas
- ✓ **Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- ✓ **Avance de la Medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita si consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de los mismos.
- ✓ **Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 17 de 25
		Fecha primera emisión: 01/07/2010

cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

- ✓ **Comparación:** grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismo con respecto de esas comparaciones.




6.1.1. RESPONSABLES: Líder de calidad y equipo de autoevaluación

6.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

A partir de las oportunidades de mejora resultantes de la autoevaluación y confrontación con el mapa de procesos de la Institución.

6.2.1. METODOLOGIA PARA SELECCIONAR PROCESOS

- Determinar un listado preliminar a partir de la relación oportunidades de mejora- procesos, que se realizó en la etapa de autoevaluación.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
	MECI-CALIDAD	Versión: 04
Página 18 de 25		
Fecha primera emision: 01/07/2010		

- Establecer la lista de oportunidades de mejoras

6.2.2. RESPONSABLE: Asesora PAMEC y grupos de autoevaluación.


6.3. PRIORIZACION DE PROCESOS.

Las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares se priorizan por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Según la siguiente tabla de calificación:

Riesgo	Costo	Volumen
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 19 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

Serán priorizadas las oportunidades de mejora aquella que según su calificación corre con un alto riesgo, afectan notablemente las finanzas y con amplio alcance en la institución o en los usuarios internos o externos.

Las oportunidades de mejora serán priorizadas cuando su puntaje cuantitativo en relación al riesgo, costo y volumen, equivalen a 125 puntos en la herramienta establecida en la organización y escogidas por el equipo PAMEC.

OPORTUNIDAD DE MEJORA PRIORIZADA	125
---	------------

6.3.2. RESPONSABLE: Equipo PAMEC y grupos de autoevaluación.

6.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA.


Teniendo en cuenta que se utilizaron los estándares del Sistema Único de Acreditación como base para la autoevaluación y que la intencionalidad es la de orientar el proceso de mejoramiento continuo hacia la acreditación y adherencia de los usuarios; dichos estándares se convierten en la calidad esperada en términos cualitativos y cuantitativos de los procesos de la institución.

ASPECTO QUE DEFINE LA CALIDAD ESPERADA:

- Se determina a través de los indicadores de los procesos objeto de mejora.
- Elaboración de Fichas Técnicas de indicadores

6.5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

En la medida que se adelante un correcto proceso de auditoría, la organización contará con una información veraz que le permitirá formarse un juicio y de la misma manera emitir un concepto diagnóstico, que a su vez posibilitará la

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 20 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

detección de las fallas en los distintos servicios, manteniéndose en una dinámica permanente de mejoramiento.

6.5.1. ACTIVIDADES:

Se aplicara los niveles de auditoría interna para cada proceso liderado por el auditor de calidad, en compañía de los coordinadores de cada proceso.

AUTOCONTROL: El programa de auditoría tiene como fin desarrollar la capacidad de autogestión y autocontrol en todos los miembros de la organización.


Para contribuir al autocontrol, la institución realizara acciones como:

- Sensibilización y capacitación a través de estrategias de motivación y entrenamiento.

6.5.1.2. AUDITORÍA INTERNA: Para realizar esta medición se utilizaran los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa (revisión documental, inspección y análisis de datos entre otros). Se desarrollaran los siguientes pasos

- Plan de Auditoria.
- Preparación de la auditoria (diseño formatos y técnicas de auditoría a aplicar).
- Desarrollo de auditoría interna de los procesos.
- Informe Final de Auditoria
- Presentación de informe de auditoría al comité de calidad.
- Plan de Mejoramiento.

6.5.2. RESPONSABLES: Líder de calidad

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
		Versión: 04
	MECI-CALIDAD	Página 21 de 25
		Fecha primera emision: 01/07/2010

En cuanto a los resultados arrojados en la autoevaluación se identificaron el número de los procesos que son susceptibles de mejora, teniendo en cuenta el puntaje.

6.6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION

La elaboración de plan de acción se realizó con base en las oportunidades de mejoramiento priorizadas por el equipo, utilizando el formato definido por la institución, el cual fue adaptado y adoptado del instrumento ABC de planes de mejoramiento expedido por el Ministerio de la Protección Social.

6.7. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Ejecutar las actividades contenidas en el plan de mejoramiento y hacer el seguimiento al cumplimiento de los planes de acción.

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos e identificar las barreras para disminuir la brecha en la calidad esperada, el equipo de trabajo, tanto asistencial como administrativo debe generar y mantener una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Para el seguimiento de los planes de mejora; lo realizara el comité de calidad, a través de la **HERRAMIENTA DE MONITOREO PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.**

Responsable: Equipo de mejoramiento.

6.7.1. ACTIVIDADES:

- Cada responsable de los procesos priorizados inicia la ejecución de las acciones de mejora propuestas en los tiempos definidos.



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

Código:

Versión: 04

Página 22 de 25

Fecha primera emision:
01/07/2010

MECI-CALIDAD

- Se realizaran reuniones trimestrales para revisión de avances en la ejecución de las tareas y se propondrán alternativas de solución para los obstáculos encontrados, asegurando la implementación de los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos trazados.

6.7.2 RESPONSABLES: Gerencia, cada responsable de la ejecución de los procesos priorizados y comité de calidad

6.8. ETAPA DEL EVALUACION DEL MEJORAMIENTO


La evaluación al resultado de los indicadores propuestos se realiza bajo la responsabilidad de los líderes de cada proceso (autocontrol), se hace seguimiento sistemático desde la oficina de calidad, los cuales quedan registrados en la matriz para dicho fin.

Todas las acciones derivadas de los planes de mejoramiento serán monitoreadas por la alta dirección y la oficina de control interno institucional, a quienes se les reportará por parte de la oficina de calidad trimestralmente el avance en el cumplimiento a los planes de mejoramiento y las barreras identificadas para disminuir la brecha en la calidad esperada.

6.8.1. ACTIVIDADES:

- Realizar monitoreo y seguimiento trimestral a los indicadores planteados en el plan de mejoramiento.
- Visitas de verificación al desarrollo de los procesos priorizados, corroborando las acciones de mejora propuestas.
- Reuniones de análisis a las acciones de mejora propuestas con el comité de calidad,

6.8.2. RESPONSABLES: Gerente, comité de calidad, personal responsable de las acciones de mejora.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:
	MECI-CALIDAD	Versión: 04
Página 23 de 25		
Fecha primera emision: 01/07/2010		

6.9. ETAPA DEL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Una vez alcanzado y estabilizado el estándar en el nivel deseado se iniciará el entrenamiento y la capacitación a todas las personas de la organización.

Se establece un procedimiento de inducción para nuevos miembros de la ESE al igual que para el personal de vinculación temporal a fin de asegurar que los estándares se mantengan con los procesos de cambio.

6.9.1. ACTIVIDADES:

- Capacitar al personal de la institución en cómo aplicar esta herramienta para garantizar un aprendizaje organizacional cerrando los ciclos de mejoramiento a medida que se cumplen los objetivos y realizando los ajustes y estandarización de procesos necesarios en los procesos priorizados.
- El Comité de Calidad retroalimentaran permanentemente a los demás miembros de la Institución, sobre los avances del plan, realizaran capacitaciones al personal involucrado sobre las nuevas formas definidas para realizar las actividades, utilizaran los medios de comunicación internos para sensibilizar acerca de los nuevos estándares y metas definidas.
- Las estrategias citadas anteriormente para el despliegue del PAMEC, (divulgación y capacitación).

6.8.2. RESPONSABLE: Gerente, auditor de calidad y comité de calidad.

ESTRUCTURA DEL REPORTE PAMEC SEGÚN CIRCULAR 012/2016



PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

MECI-CALIDAD

Código:

Versión: 04

Página 24 de 25

Fecha primera emision:
01/07/2010

Número de Acciones programadas

Número de Acciones ejecutadas

Número de Auditorías Internas Programadas

Número de Auditorías Internas Ejecutadas

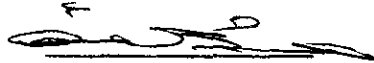


Número de Documentos soporte

Lista de Procesos Estandarizados

Actual

- Fecha de corte o diciembre 31
- Fecha máxima de reporte febrero 28

REGISTRO DE APROBACIONES

REALIZO	REVISO	APROBO
 Claudia Benítez Madrid Asesora Externa de Calidad	 Dra. Idania Muñoz Ramos Auditora de Calidad	 Dra. María Milena Maestre Mora Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	MOTIVO DEL CAMBIO	ELABORADO	REVISADO	APROBADO
01	01/07/2010	Primera emisión del documento	Jhon H Gómez Gerente	Mary trillos Auditora de Calidad de la ESE	Jhon H Gómez Gerente
02	12/12/2014-2015	No presenta control de cambio	María Inés Rivadeneira-Contratista	Mary trillos Auditora de Calidad de la ESE	Wilmer Mendoza Gerencia



PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Código:

Versión: 04

MECI-CALIDAD

Página 25 de 25

Fecha primera emision:
01/07/2010

03	26/04/2017	Se realiza un nuevo documento el cual contiene la Ruta Critica sugerida por el Ministerio de Salud, se inicia la autoevaluación en la ESE Hospital el Socorro, incluye datos institucionales, Se actualiza marco normativo, se incluye la nueva misión, visión, Mapa de procesos y política de calidad y seguridad del paciente, se anexan indicadores para la calidad esperada, se realizan cambios en la estructura para la autoevaluación cuantitativa, se incluye la estructura de la circular 012/2016	Claudia Benítez Contratista	Idania Muñoz Ramos Auditora de Calidad de la ESE	MARIA MILENA MAESTRE Gerencia
04	06/01/2018	Se implementó para la vigencia 2018, la priorización de oportunidades de mejora según la metodología riesgo costo volumen, en la que se determinan para su ejecución aquellas cuyo puntaje es de 125.	Claudia Benítez	Idania Muñoz Ramos Auditora de Calidad de la ESE	MARIA MILENA MAESTRE Gerencia