



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**PASTO SALUD E.S.E**

NIT.900091143-9

# PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

VERSION 9.0

---

**SAN JUAN DE PASTO**  
2021

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 2   |

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD  
PASTO SALUD E. S. E.

Actualizado por:

Edwin Julio Bastidas Benavides  
Profesional Especializado Área de la Salud

San Juan de Pasto

2021

|   |  |        |         |     |
|---|--|--------|---------|-----|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |        |         |     |
|   | FORMULACION  | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                     | PG-AMC | 9.0     | 3   |

## TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| RESOLUCION 343 DEL 6 DE MAYO DE 2021 .....  | 4  |
| CONTROL DE CAMBIOS .....  | 6  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 8  |
| 1. OBJETIVOS .....  | 9  |
| 1.1 OBJETIVO GENERAL .....  | 9  |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....  | 9  |
| 2. ALCANCE .....  | 10 |
| 3. MARCO LEGAL .....  | 11 |
| 4. GLOSARIO.....  | 12 |
| 5. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL<br>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....   | 14 |
| 6.RUTA CRITICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA<br>CALIDAD.....  | 15 |
| 7.PLATAFORMA ESTRATEGICA.....   | 16 |
| 7.1 MISION .....  | 16 |
| 7.2 VISION.....   | 16 |
| 7.3 VALORES .....   | 16 |
| 8.POLITICAS.....  | 17 |
| 8.1 POLITICA DE CALIDAD.....  | 17 |
| 8.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....  | 17 |
| 8.3 POLITICA DE GESTION DEL RIESGO .....  | 17 |
| 8.4 POLITICA DE HUMANIZACION .....  | 17 |
| 8.5 POLITICA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA.....   | 17 |
| 8.6 POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL .....  | 18 |
| 8.7 POLITICA DE TRANSFORMACION CULTURAL.....  | 18 |
| 9. MAPA DE PROCESOS .....   | 19 |
| 10. AUTOEVALUACION .....  | 20 |
| 10.1 CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN .....  | 20 |
| 10.2 METODOLOGÍA PARA EFECTUAR LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS<br>ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN .....   | 22 |
| 10.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN.....   | 23 |
| 11. SELECCIONAR LOS PROCESOS A MEJORAR .....  | 24 |
| 12. PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS OBJETOS DE MEJORAMIENTO.....   | 25 |
| 13. .... DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS<br>PRIORIZADOS.....  | 27 |
| 14. DEFINICION DE LA CALIDAD OBSERVADA.....   | 28 |
| 14.1 DISEÑAR LOS PAPELES DE TRABAJO, LOS FORMATOS DE<br>REGISTROS QUE SE REQUIEREN PARA CONSIGNAR LA INFORMACIÓN<br>QUE SE PRETENDE OBTENER ..... | 28 |

| FORMULACION                          | CODIGO | VERSION | PAG |
|--------------------------------------|--------|---------|-----|
| Subgerencia de Salud e Investigación | PG-AMC | 9.0     | 4   |

|  |    |
|--|----|
| 14.2 HACER CRONOGRAMA PARA CONTROLAR LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA..... | 28 |
| 14.3 ASIGNAR LOS RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA ..         | 28 |
| 15. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION .....                                   | 29 |
| 16. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA.....                                 | 31 |
| 17. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA.....                                     | 32 |
| BIBLIOGRAFIA   |    |

|                                      |        |         |     |
|--------------------------------------|--------|---------|-----|
| FORMULACION                          | CODIGO | VERSION | PAG |
| Subgerencia de Salud e Investigación | PG-AMC | 9.0     | 5   |

**RESOLUCIONES**

| VERSION         | PROCESO / PROCEDIMIENTO | CODIGO | NUM |
|-----------------|-------------------------|--------|-----|
| 9.0             | GESTION JURIDICA        | GJ     | 000 |
| <b>GERENCIA</b> |                         |        |     |

**RESOLUCIÓN No. 343**  
**(6 de Mayo de 2021)**

*Por medio de la cual se aprueba el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC" 2021*

*La Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en ejercicio de sus facultades Constitucionales y legales, especialmente las conferidas por el Decreto 903 de 2014 y Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, el Acuerdo No. 004 del 2006 del Concejo Municipal de Pasto y el Decreto 0234 del 30 de Abril de 2020*

**CONSIDERANDO:**

*Que según Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud", en su artículo 32 reza "que 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".*

*Que según Resolución 5095 de 2016 "Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1", como componente importante del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Que la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, está comprometida en el proceso de implementación del Sistema Único de Acreditación para lo cual es necesario contar con un proceso de mejoramiento continuo, que permita identificar las oportunidades de mejora, implementar las acciones y hacer el correspondiente seguimiento.*

*Que una vez conformados los equipos de autoevaluación de estándares, estos procedieron al proceso de autoevaluación cualitativa; posteriormente se priorizó las oportunidades de mejora y una vez estas priorizadas, cada equipo formulo acciones de mejora para cerrar las brechas detectadas. Lo anterior según consta en los archivos magnéticos enviadas a la Oficina de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.*

*Que todos los Equipos de Trabajo de los diferentes grupos de estándares: Atención al cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, gerencia del ambiente físico, gerencia del talento humano, gerencia de la información, Mejoramiento y gestión de la tecnología con sus correspondientes estándares de mejoramiento han remitido los documentos correspondientes a la Oficina de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, donde se ha analizado y consolidado la información, producto del cual se genera el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC para la vigencia 2021.*

*Que el PAMEC, se constituye en la herramienta por excelencia para el mejoramiento de la calidad y como tal es necesario su aprobación y adopción para su implementación.*

*En mérito de lo expuesto*

| FORMULACION                          | CODIGO | VERSION | PAG |
|--------------------------------------|--------|---------|-----|
| Subgerencia de Salud e Investigación | PG-AMC | 9.0     | 6   |

| RESOLUCIONES |                              |        |     |
|--------------|------------------------------|--------|-----|
| VERSION      | PROCESO / PROCESAMIENTO      | CODIGO | NUM |
| 9.0          | GESTION JURIDICA<br>GERENCIA | 04     | 082 |

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC" 2021, basado en autoevaluación de los Estándares de acreditación vigencia 2020.

**ARTICULO SEGUNDO:** Realizar el despliegue e implementación con el talento humano de la Empresa bajo la responsabilidad de los Líderes de los equipos de autoevaluación.

**PARAGRAFO 1:** Los estándares de autoevaluación en conjunto con sus oportunidades de mejora se correlacionan con el mapa de procesos de la Entidad y con el modelo de atención en salud en todas las sedes con que cuenta PASTO SALUD ESE.

**ARTÍCULO TERCERO:** El seguimiento a la ejecución del PAMEC será realizado por el Equipo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, en dos periodos de seguimiento.

**ARTÍCULO CUARTO: VIGENCIA:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en San Juan de Pasto, a los veintidós (22) días del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021).

  
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Gerente

Proyectó: Carolina Barbano Lopez – Profesional Universitaria 

Revisó: Edwin Julio Bastidas Benavides, Profesional Especializado Área de la Salud 

José Luis Ocampo Guerrero- Jefe Oficina Asesora Jurídica 

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 7   |

## CONTROL DE CAMBIOS

**E:** Elaboración del Documento  
**M:** Modificación del Documento  
**X:** Eliminación del Documento

| VERSIÓN | CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO  | INFORMACIÓN DE CAMBIOS |   |   |  |  | ACTO ADMINISTRATIVO O DE ADOPCIÓN      |
|---------|--|------------------------|---|---|--|--|--|
|         |  | E                      | M | X | ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN  | ELABORÓ /ACTUALIZÓ   |  |
| 9.0     | Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad |                        | X |   | Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoria derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2020, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018         | Edwin Julio Bastidas Benavides<br>Profesional Especializado área de la salud | Resolución 343 del 6 de Mayo de 2021   |
| 8.0     | Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad |                        | X |   | Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoria derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2019, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018         | Edwin Julio Bastidas Benavides<br>Profesional Especializado área de la salud | Resolución 326 del 14 de Mayo de 2020  |
| 7.0     | Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad |                        | X |   | Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada, de acuerdo a la autoevaluación en acreditación 2018 | Edwin Julio Bastidas Benavides<br>Profesional Especializado área de la salud | Resolución 336 del 12 de Junio de 2019 |
| 6.0     | Actualización Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad |                        | X |   | Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada.   | Profesional Especializado área de la salud                                   | Resolución 140 del 19 de Abril de 2018 |
| 1.0     | Aprobación Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad    | X                      |   |   | Se tiene la necesidad de contar con un Programa con una serie de acciones de mejoramiento que nos permita disminuir la brecha de la calidad observada con la esperada.   | Profesional Especializado área de la salud                                   | Resolución 119 del 22 de Marzo de 2018 |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 8   |

## INTRODUCCIÓN

El sistema único de acreditación en salud y la auditoria para el mejoramiento de la calidad son componentes básicos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, los cuales conllevan a un mejoramiento de la calidad especialmente en los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, a través de la consecución de mecanismos sistemáticos y continuos de la Institución, con el fin común de satisfacer las necesidades y expectativas de atención en salud de la población.

El documento PAMEC y la gestión de su contenido se articula con la filosofía del direccionamiento estratégico de la Empresa, queriendo de la misma manera como se menciona en su Plan de desarrollo 2021-2024, la prestación de servicios de salud con calidad, humanización, seguridad y responsabilidad social, generando una atención integral materializados en el cumplimiento de la misión, visión, valores, políticas y objetivos empresariales.

El documento PAMEC actual se fundamenta en la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, realizada por Pasto Salud ESE, para la vigencia 2020, la cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018.

El presente documento contiene todas las etapas de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, iniciando con la autoevaluación y terminando con el aprendizaje organizacional en la Empresa, y el mecanismo de seguimiento semestral se realizará a los grupos de acreditación en salud articulados a los procesos empresariales.

Pasto Salud ESE, define el presente documento el cual se convierte en un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada frente a la calidad esperada de la atención en salud de nuestros usuarios.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 9   |

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un programa de auditoria para la mejora de la calidad, tomando en consideración las oportunidades de mejora priorizadas producto de la autoevaluación de los estándares de acreditación, logrando a través de la formulación de acciones de mejora disminuir las brechas evidenciadas entre la calidad observada frente a la calidad esperada.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la autoevaluación de los estándares de acreditación, generando mayores fortalezas y una mayor calificación cuantitativa
- Priorizar las oportunidades de mejora de acuerdo a la metodología de riesgo, costo y volumen
- Definir acciones de mejoramiento por cada una de las oportunidades de mejora priorizadas.
- Ejecutar las acciones de mejora definidas de acuerdo al cronograma establecido.
- Realizar seguimiento de las acciones de mejora ejecutadas, identificando oportunidades susceptibles de mejorar.
- Generar un aprendizaje organizacional producto de las acciones de mejora implementadas en la Empresa.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 10  |

## 2. ALCANCE

El Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, toma en cuenta la autoevaluación de estándares de acreditación del año 2020, según el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 3.1, y aplica para todos los procesos definidos en Pasto Salud ESE.

Igualmente contiene todos los pasos contenidos en la Ruta Crítica de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

El periodo de implementación del PAMEC, se dará durante toda la vigencia 2021, con su último seguimiento el cual se realizará en el mes de enero del año 2022.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 11  |

### 3. MARCO LEGAL

LEY 100 DE 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Decreto 1011 de 1996, 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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Decreto 903 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 2082 de 2014, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 3100 de 2019, Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de prestadores y Habilitación de servicios de salud.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, Resolución 5095 de 2018, Por el cual se establece el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, versión 3.1.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 12  |

## 4. GLOSARIO

**Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría

**Aprendizaje organizacional:** Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo.

**Cierre de ciclo:** Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.

**Equipo de autoevaluación:** Equipo conformado para responder por la implementación de un grupo específico de estándares de acreditación. Se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promover el trabajo en equipo y establecer mecanismos de comunicación efectiva; cada equipo cuenta con un líder, realiza reuniones periódicas e interactúa con otros equipos de autoevaluación. Sus funciones principales son: promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente y reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico. Es el equipo responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes, apoya el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento sistémico y facilita la gestión del equipo primario de mejoramiento.

**Oportunidad de mejora:** Acción a desarrollar en un tiempo determinado para lograr lo deseado.

**Criterios de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

**Evidencia de la auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

**Hallazgos de la auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 13  |

**Conclusiones de la auditoría:** Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

**Cliente de la auditoría:** Organización o persona que solicita una auditoría

**Auditado:** Organización que es auditada.

**Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

**Equipo auditor:** Uno o más que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

**Programa de auditoría:** Conjunto de una o más auditorías (3.1) planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**Plan de auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

**Alcance de la auditoría:** Extensión y límites de una auditoría

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 14  |

## 5. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

### P:

- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar procesos por mejorar.
- Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.
- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Formular los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada

### H:

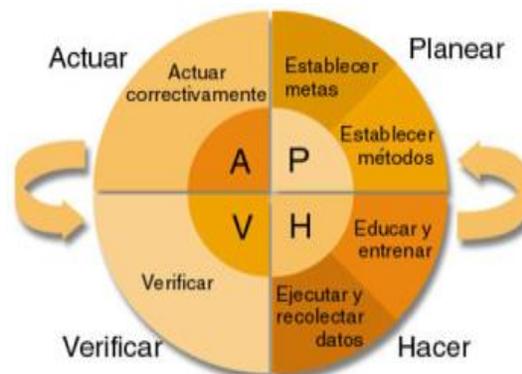
- Implementar las acciones contenidas en los planes de mejoramiento formulados

### V:

- Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.

### A:

- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.



|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 15  |

## 6. RUTA CRITICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



El Programa de auditoría, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los procesos y servicios que presta PASTO SALUD ESE, y hace parte de la estrategia de mejoramiento de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción de los requisitos del cliente.

Se pretende generar acciones planificadas y sistemáticas, para cumplir con los estándares preestablecidos de acreditación en salud y que identifiquen oportunidades de mejora en pro del mejoramiento de la salud de la población.

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC”, se documentó 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 Salud y la Protección Social, en donde con base en una autoevaluación Institucional se establecieron los procesos prioritarios a mejorar, con el fin de acercar la Institución a los usuarios, satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 16  |

## 7. PLATAFORMA ESTRATEGICA

### 7.1 MISION

Prestar servicios de atención primaria en salud con calidad y responsabilidad social en el área urbana y rural del municipio de Pasto, a través de IPS's integradas en Red, con recurso humano comprometido y proactivo, procesos seguros, humanizados, efectivos y eficientes, enmarcados en un actuar íntegro que responda a las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

### 7.2 VISION

En el año 2024, PASTO SALUD ESE se posicionará prestando servicios de salud con estándares superiores de desempeño en gestión clínica, seguridad, humanización, talento humano competente, comprometido e íntegro, generando beneficios tangibles para nuestros grupos de interés y solidez financiera.

### 7.3 VALORES

#### DILIGENCIA

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

#### JUSTICIA

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación

#### COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

#### HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

#### RESPETO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 17  |

## 8. POLITICAS

### 8.1 POLITICA DE CALIDAD

Pasto Salud ESE se compromete a implementar procesos de mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional para avanzar hacia el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los Usuarios, sus familias y demás grupos de interés.

### 8.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Pasto Salud ESE, se compromete a mejorar continuamente la seguridad del paciente en los procesos de atención, mediante una cultura de seguridad a través de la cual se fomente la identificación y gestión de riesgos, reporte y análisis de eventos clínicos, dentro de una cultura justa, manteniendo entornos seguros, implementando barreras de seguridad, promoviendo la participación del paciente y su familia; todo ello orientado a evitar o minimizar los eventos adversos y avanzar en el aprendizaje organizacional.

### 8.3 POLITICA DE GESTION DEL RIESGO

Pasto Salud ESE, coherente con el direccionamiento estratégico, se compromete a gestionar sus riesgos, a través de identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación, monitoreo y seguimiento, con el fin de prevenir y minimizar impactos negativos en la Empresa.

### 8.4 POLITICA DE HUMANIZACION

“Sirviendo con amor”, es la cualidad esencial de los servidores de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, que se manifiesta en la dignidad, empatía, servicio y entorno de una experiencia centrada en la atención en el paciente capaz de promover la salud, prevenir la enfermedad, fortalecer derechos y deberes, y transformar participativamente los estados de vulnerabilidad en salud y bienestar entre sus usuarios, familias y colaboradores.

### 8.5 POLITICA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

Pasto Salud ESE, propenderá, porque los procesos de atención asistencial a pacientes y los de soporte administrativo cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica integrada por etapas de evaluación, adquisición, incorporación, funcionamiento y manejo seguro, monitorización, retiro, disposición final, reposición y renovación de la tecnología. Cada etapa está orientada a la eficiencia, efectividad, seguridad, gestión del riesgo y a satisfacer las necesidades en el servicio de salud para los pacientes, como para colaboradores de la institución.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 18  |

## **8.6 POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL**

Pasto Salud ESE, propenderá por la generación y mantenimiento de relaciones mutuamente beneficiosas en lo social, ambiental y económico con todos los grupos de interés, a través de la adopción de medidas para satisfacer sus necesidades y expectativas, enmarcadas dentro de la misionalidad de la entidad.

## **8.7 POLITICA DE TRANSFORMACION CULTURAL**

La Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, promueve con un enfoque de liderazgo orientado desde su plataforma estratégica la transformación cultural de la organización, mediante la interiorización y práctica permanente de los valores de Humanización y del Código de Integridad por todo el talento humano, para el fortalecimiento de competencias, que permitan la sensibilización y vivencia de un cambio evolutivo capaz de influir proactivamente en los procesos destinados a garantizar la satisfacción de los usuarios, colaboradores y grupos de interés.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 19  |

## 9. MAPA DE PROCESOS



La Empresa cuenta con un mapa de proceso cuya entrada es la Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés, el cual es el insumo para la operativización de los procesos que se dividen en 4 macroprocesos: Dirección, misional, de apoyo y de control, enmarcados en los ejes de humanización, seguridad del paciente, gestión de la tecnología, y enfoque de riesgo. Todo lo anterior confluirá en el producto final que es la satisfacción las necesidades y expectativas de usuarios y grupos de interés.

Cabe informar que la Empresa cuenta con 4 macroprocesos, 16 procesos y 76 procedimientos que se encuentran cargados en la página web institucional.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 20  |

## 10. AUTOEVALUACION

### 10.1 CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

La conformación de los equipos de autoevaluación se realizó en el mes de Septiembre de 2020, bajo Resolución 538 del 03 de Septiembre de 2020, la conformación fue realizada de la siguiente manera:

#### **Direccionamiento:**

Líder: Gerente

Equipo:

Subgerente de Salud e Investigación  
 Subgerente financiero y comercial  
 Jefe Oficina asesora de planeación  
 Jefe Oficina asesora jurídica  
 Secretaria General  
 Integrante de la junta directiva  
 Jefe Oficina asesora de control interno  
 Directores operativos de red  
 Profesional Especializado área de la salud – Calidad  
 Jefe Oficina asesora de control interno disciplinario

#### **Gerencia:**

Líder: Gerente

Equipo:

Subgerente Financiero y Comercial  
 Subgerente de Salud e Investigación  
 Directores Operativos de Red  
 Jefe Oficina asesora de Planeación  
 Profesional Especializado área de la Salud - Auditoria

#### **Atención al cliente asistencial:**

Líder: Subgerente de Salud e investigación

Equipo:

Directores Operativos de Red  
 Enfermeras con funciones administrativas

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 21  |

Profesional Universitario - Auditoria médica  
 Profesional Universitario enfermera asistencial  
 Profesional Universitario- Coordinadora de odontología  
 Profesional Universitario – Química farmaceuta  
 Referente de laboratorio clínico  
 Profesional Universitaria-Vigilancia Epidemiológica  
 Profesional especializada área de la salud – Salud pública  
 Profesional Universitario SIAU  
 Profesional Especializada área de la salud - Calidad

**Gerencia del talento humano:**

Líder: Jefe Oficina de Talento Humano

Equipo:

Director Operativo Red Oriente  
 Profesional Universitario – Abogado  
 Profesional Universitario – Salud Ocupacional  
 Profesional Universitario – Control Interno  
 Profesional Universitaria – auditoria odontología  
 Contratista Profesional con experiencia en desarrollo humano  
 Contratista – Psicología

**Gerencia del Ambiente Físico:**

Líder: Secretaria General

Equipo:

Director Operativo – Red Norte  
 Profesional Universitario – auditoria  
 Profesional Universitario – Suministros  
 Almacenista general  
 Profesional Universitario – Ingeniero Ambiental  
 Profesional Universitario – Arquitecto  
 Profesional Universitario – Salud Ocupacional  
 Enfermera responsable de esterilización  
 Profesional Universitaria – Vigilancia en Salud Pública

**Gestión de la tecnología:**

Líder: Profesional Universitario – Ingeniero biomédico

Equipo:

Director Operativo Red Occidente

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 22  |

Profesional universitario – Planeación  
 Profesional universitario – Sistemas de información  
 Profesional Universitario – Auditoria  
 Profesional universitario – Químico farmaceuta  
 Contratista ingeniero biomédico  
 Almacenista general

### **Gestión de la información:**

Líder: Jefe Oficina Comunicaciones y sistemas

Equipo:

Director Operativo Red Sur  
 Profesional Universitario Control Interno  
 Profesional universitario de sistemas  
 Profesional universitario de sistemas  
 Profesional Universitario de Planeación  
 Técnico operativo archivo y correspondencia  
 Contratista estadístico  
 Profesional Universitario – auditoria  
 Técnico operativo comunicaciones y sistemas

### **Mejoramiento continuo de la calidad**

Líder: Profesional Especializada área de la salud – calidad

Equipo:

Gerente  
 Subgerente de Salud e Investigación  
 Subgerente Financiero y Comercial  
 Directores Operativos de Red  
 Jefe Oficina asesora de Planeación  
 Jefe oficina asesora Talento humano  
 Secretaria General  
 Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas  
 Jefe Oficina asesora de Control Interno  
 Profesional Especializado área de la salud – auditoria  
 Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

## **10.2 METODOLOGÍA PARA EFECTUAR LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN**

La metodología para efectuar la autoevaluación fue realizada de la siguiente manera:

1. Formulación de los equipos de autoevaluación

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 23  |

2. Homologación de conceptos y discusión de los estándares
3. Realización de la calificación cualitativa: a través de la formulación de oportunidades de mejora y fortalezas por cada estándar evaluado.
4. Realización de la calificación cuantitativa: Se califica cada estándar de acreditación de 1 a 5, bajo un mecanismo de enfoque, implementación y resultado
5. Priorización de las oportunidades de mejora bajo la metodología de riesgo, costo y volumen. Priorizando aquellas con un puntaje superior a 75.

### 10.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

Año 2020: **3.0**

| <b>RESULTADOS DE AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION AÑO 2020</b> |                            |
|--|----------------------------|
| <b>GRUPO DE ESTANDARES</b>   | <b>RESULTADO POR GRUPO</b> |
| <b>PACAS</b>   | 3.04                       |
| <b>DIRECCIONAMIENTO</b>  | 3.17                       |
| <b>GERENCIA</b>  | 3.19                       |
| <b>GERENCIA TALENTO HUMANO</b>   | 2.80                       |
| <b>GERENCIA AMBIENTE FISICO</b>  | 3.03                       |
| <b>GESTION DE LA TECNOLOGIA</b>  | 2.83                       |
| <b>GERENCIA INFORMACION</b>  | 3.16                       |
| <b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>  | 2.75                       |
| <b>PROMEDIO</b>  | <b>3.00</b>                |

Nota: Los soportes de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa del año 2020, son anexos del presente documento.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 24  |

## 11. SELECCIONAR LOS PROCESOS A MEJORAR

La selección de procesos a mejorar se realiza de acuerdo a los grupos de estándares de acreditación, los cuales son los siguientes:

- Procesos y procedimientos de Direccionamiento
- Procesos y procedimientos misionales
- Procesos y procedimientos de Gestión de la Tecnología
- Procesos y procedimientos de Gerencia de la Información
- Procesos y procedimientos de Gerencia del ambiente físico
- Procesos y procedimientos de Gerencia del Talento humano
- Procesos y procedimientos de Gerencia del ambiente físico

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 25  |

## 12. PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS OBJETOS DE MEJORAMIENTO

### MATRIZ DE PRIORIZACION:

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de riesgo, volumen y 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).

| CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN  |  |  |
|--|--|--|
| RIESGO   | COSTO  | VOLUMEN  |
| Califique como 1 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 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución | Califique como 1 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 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 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.             | Califique como 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.            |

Las oportunidades de mejoramiento priorizadas las cuales se encuentran con un puntaje mayor a 75 son a las que se harían acciones de mejoramiento (PAMEC).

### RIESGO X COSTO X VOLUMEN = TOTAL PUNTAJE DE PRIORIDAD

| PRIORIDAD | PUNTAJE               |
|-----------|-----------------------|
| BAJA      | ENTRE 1 A 40 PUNTOS   |
| MEDIA     | ENTRE 41 A 74 PUNTOS  |
| ALTA      | ENTRE 75 A 125 PUNTOS |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 26  |

**Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora:**

| No ESTÁNDAR | OPORTUNIDAD DE MEJORA | RIESGO | COSTO | VOLUMEN | TOTAL |
|-------------|-----------------------|--------|-------|---------|-------|
|             |                       |        |       |         |       |

**Oportunidades de mejora priorizadas:**

| GRUPO DE ESTANDARES                        | OPORTUNIDADES DE MEJORA | OPOTUNIDADES PRIORIZADAS |
|--|-------------------------|--------------------------|
| DIRECCIONAMIENTO                           | 23                      | 21                       |
| GERENCIA                                   | 28                      | 28                       |
| PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL | 198                     | 188                      |
| GERENCIA DEL TALENTO HUMANO                | 26                      | 17                       |
| GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO               | 24                      | 14                       |
| GESTION DE LA TECNOLOGIA                   | 22                      | 20                       |
| GERENCIA DE LA INFORMACION                 | 27                      | 26                       |
| MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD                 | 12                      | 12                       |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>360</b>              | <b>326</b>               |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 27  |

### **13. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS**

La Calidad Esperada, para el PAMEC 2021, basado en los estándares de acreditación será:

- Cualitativa: Ejecutar las acciones de mejora producto de las oportunidades de mejora priorizadas, mejorando continuamente en pro de alcanzar el cumplimiento del estándar de acreditación.
- Cuantitativa: Alcanzar una autoevaluación cuantitativa de 3,6 en acreditación.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 28  |

## 14. DEFINICION DE LA CALIDAD OBSERVADA

### 14.1 DISEÑAR LOS PAPELES DE TRABAJO, LOS FORMATOS DE REGISTROS QUE SE REQUIEREN PARA CONSIGNAR LA INFORMACIÓN QUE SE PRETENDE OBTENER

| QUE  | QUIEN                       | CUANDO  | PORQUE  | COMO   |
|--|-----------------------------|---|---|--|
| Instrumentos que permiten registrar lo observado durante el proceso e auditoria que permita reportar resultados y obtener conclusiones | Líder y equipo de auditoria | Una vez se diligencie el plan de auditoria se procederá a diseñar o rediseñar los instrumentos. | Permite al equipo auditor tener una guía estandarizada para la recolección de información dentro del desarrollo de la auditoria | Se debe considerar:<br>1. Procesos y/o procedimientos a auditar<br>2. Los documentos y registros que se utilizan<br>3. Los criterios de la auditoria<br>4. Rediseñar instrumentos anteriores |

La realización de procedimientos de auditoría de la calidad, requiere el diseño de instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información, que se conocen regularmente como formatos de registro. De igual forma, es muy importante tener en cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebas piloto de dichos formatos, de manera tal que se permita evaluar la adecuación de ellos a las necesidades del proceso de obtención de información y realizar los ajustes requeridos.

### 14.2 HACER CRONOGRAMA PARA CONTROLAR LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.

| QUE  | QUIEN              | CUANDO  | PORQUE   | COMO   |
|--|--------------------|---|--|--|
| Diseñar un formato que contenga fecha programada, lugar, duración y responsable. | Líder de auditoria | Simultaneo a la elaboración del plan de auditoria | Permite definir tiempos y responsables para la ejecución de la auditoria | Teniendo en cuenta:<br>1. Periodo a evaluar<br>2. Disponibilidad del personal auditado<br>3. Disponibilidad y perfil del equipo auditor<br>4. Recursos y logística disponibles |

### 14.3 ASIGNAR LOS RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

| QUE   | QUIEN              | CUANDO  | PORQUE  | COMO  |
|---|--------------------|---|---|---|
| Consecución de recursos y apoyo logístico para la ejecución de la auditoria | Líder de auditoria | Una vez se cuente con la aprobación del Plan de Auditoria | Permite el desarrollo de la auditoria dentro de los tiempos programados | Identificando las necesidades de soporte de la auditoria<br>Solicitando los recursos al área que pueda proveerlos |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 29  |

## 15. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION

El Plan de acción del PAMEC, se realizará teniendo en cuenta los siguientes ítems:

- Requisito incumplido / Aspecto a mejorar: Se registra el estándar a mejorar, según lo contenido en el Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario 3.1, normado bajo la Resolución 5095 de 2018
- Oportunidad de mejora: Se registra la oportunidad de mejora priorizada, producto de la autoevaluación cualitativa de acreditación
- Causa raíz: Se registra para el caso de oportunidad de mejora como N.A
- Que hacer: Se registra el que hacer, de acuerdo a la oportunidad de mejora definida.
- Como hacerlo: Se registra en ciclo PHVA, las actividades para dar cumplimiento a la oportunidad de mejora definida.
- En tipo de acción: Cuando se trate de una oportunidad de mejora, se coloca como Acción de mejora.
- Responsable de ejecutar la acción: Se registrará el o los responsables de realizar las acciones de mejoramiento, contenidas en el “Como hacerlo”.
- En Cuando, se diligencia día/mes/año en las columnas fecha de inicio y fecha de fin de cada actividad definida.
- Que recursos necesita: Se diligencia los recursos físicos, de talento humano o financieros que se requieran para dar cumplimiento a la actividad definida.
- Medio de verificación: Se registra el documento, que soporte específicamente la actividad a realizar.
- Monitoreo por parte del líder del proceso: Entendiendo que el monitoreo entendido como el autocontrol que debe realizarse por cada uno de los responsables de la ejecución de las acciones de mejoramiento, se diligenciará de manera dinámica la fecha del monitoreo, el estado (completa, en desarrollo, atrasada), y las observaciones frente al cumplimiento colocando de manera objetiva la evidencia del cumplimiento o la justificación del porque se encuentra en desarrollo o atrasada la actividad monitoreada.

Con relación a la ejecución del plan de acción, la ejecución se realizará durante toda la vigencia 2021, planteando las actividades por ciclo PHVA, un responsable y un cronograma de ejecución, con reunión mensual por parte de cada uno de los equipos conformados para la implementación del PAMEC.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 30  |

El número de acciones de mejoramiento a ejecutarse para el presente año son:

| <b>GRUPO DE ESTANDARES</b>          | <b>No. ACCIONES DE MEJORA</b> |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <b>DIRECCIONAMIENTO</b>             | <b>52</b>                     |
| <b>GERENCIA</b>                     | <b>90</b>                     |
| <b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>  | <b>53</b>                     |
| <b>GERENCIA DE LA INFORMACION</b>   | <b>79</b>                     |
| <b>GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO</b> | <b>59</b>                     |
| <b>GESTION DE LA TECNOLOGIA</b>     | <b>72</b>                     |
| <b>MEJORAMIENTO</b>                 | <b>32</b>                     |
| <b>PACAS</b>                        | <b>631</b>                    |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>1068</b>                   |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 31  |

## 16. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA

El seguimiento al plan de mejora de cada uno de los grupos de estándares de acreditación se realizará de manera semestral de acuerdo al plan de mejora definido, indicando el resultado de la acción y observaciones a que haya lugar.

| SEGUIMIENTO |                      |        |                   |               |
|-------------|----------------------|--------|-------------------|---------------|
| RESPONSABLE | FECHA DE SEGUIMIENTO | ESTADO | % DE CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|             |                      |        |                   |               |

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b><br><b>PASTO SALUD E.S.E</b><br><small>NIT. 900091143-9</small> | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 32  |

## 17. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA

El aprendizaje de la Empresa, se justificará por cada una de las acciones ejecutadas en ciclo PHVA, el seguimiento de la ejecución de las acciones de mejoramiento y la posterior autoevaluación de estándares de acreditación, describiendo las fortalezas.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 33  |

### **BIBLIOGRAFIA**

- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social, Lista de chequeo para la evaluación del Programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad, 2014, Colombia.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social, Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario, versión 3.1, 2008, Colombia
- ✓ Ministerio de la Protección Social, Guías básicas para la implementación de las Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad, 2007, Colombia.
- ✓ ICONTEC, NTC ISO 19011 DEL 2015, Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de calidad y/o ambiental.

Fin del documento.

|   |   |        |         |     |
|---|---|--------|---------|-----|
|  | <b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |        |         |     |
|   | FORMULACION   | CODIGO | VERSION | PAG |
|   | Subgerencia de Salud e Investigación                            | PG-AMC | 9.0     | 34  |

ACTUALIZADO POR:

EDWIN JULIO BASTIDAS BENAVIDES  
 Profesional Especializado área de la salud

REVISADO POR:

ADRIANA ENRIQUEZ MEZA  
 Subgerente de Salud e Investigación

APROBADO POR:

ANA BELEN ARTEAGA TORRES  
 Gerente