



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO


PASTO SALUD E.S.E

NIT.900091143-9

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

VERSION 11.0

SAN JUAN DE PASTO
2023

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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
2023



	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	3

TABLA DE CONTENIDO

RESOLUCION 393 DEL 25 DE MAYO DE 2023	4
CONTROL DE CAMBIOS	7
INTRODUCCIÓN	8
1. OBJETIVOS	9
2. ALCANCE	10
3. MARCO LEGAL	11
4. GLOSARIO.....	12
5. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	14
6. RUTA CRITICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	15
7. PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	16
8. POLITICAS	17
9. MAPA DE PROCESOS.....	19
10. AUTOEVALUACION	20
11. OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS	26
12. PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES OBJETOS DE MEJORAMIENTO	27
13. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS.....	29
14. DEFINICION DE LA CALIDAD OBSERVADA.....	30
15. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION	31
16. MONITORIZACION AL PLAN DE MEJORA.....	33
17. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA.....	34
18. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA	35
BIBLIOGRAFIA	

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	4

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT.900091143-9</p>	RESOLUCIONES			
	VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION JURIDICA	GJ	062
GERENCIA				

RESOLUCIÓN No. 393
(25 de mayo de 2023)

Por medio de la cual se adopta y aprueba el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC" 2023

La Señora Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias consagradas en la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994, Acuerdo No. 004 del 2006 emanado del Consejo Municipal de Pasto, Decreto 0224 del 30 de Abril de 2020 emanado por la Alcaldía Municipal de Pasto, Decreto 1011 de 2006 emanado por el Ministerio de la Protección Social Decreto 780 de 2016 emanado por el Ministerio de la Protección Social, Decreto 903 de 2014 emanado por el Ministerio de la Protección Social, y Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.

CONSIDERANDO:

Que las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las Asambleas o Concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en el capítulo 111, Título 11 del Libro 11 de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

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

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios."
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Que el Decreto 780 de 2006, "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del sector Salud y Protección Social"

Que según Resolución 5095 de 2018 "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.

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	5

RESOLUCIONES				
VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM	
6.0	GESTION JURIDICA	GJ	082	
GERENCIA				

Que la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, estableció un Modelo de mejoramiento continuo en el cual define al PAMEC como la principal herramienta para la gestión de la mejora en la Empresa, a través de la identificación e implementación de oportunidades de mejora derivadas de diferentes fuentes.

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 priorizo 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 enviados 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 2023.

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.

Que la Empresa Social del Estado PASTO-SALUD ESE, dentro del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC para la vigencia 2023, elaboro el documento PAMEC 2023 y los siguientes instrumentos: Plan de mejora del grupo del Proceso de atención al cliente asistencia, Plan de mejora de Direccionamiento, Plan de mejora de Gerencia, Plan de mejora de Gerencia del Talento Humano, Plan de mejora de Ambiente físico, Plan de mejora de Gestión de la Tecnología, Plan de mejora de Gerencia de la Información y Plan de mejora de Mejoramiento de la Calidad.

Con lo anterior se hace necesario adoptar y aprobar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2023.


En mérito de lo expuesto

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar y aprobar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad "PAMEC" 2023, basado en autoevaluación de los Estándares de acreditación vigencia 2022, y en otras fuentes de mejora identificadas.

ARTICULO SEGUNDO: Hace parte integral del presente acto los siguientes anexos: documento PAMEC 2023 y los instrumentos: Plan de mejora del grupo del

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	6

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD E.S.E NIT.900091143-9</p>	RESOLUCIONES			
	VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION JURIDICA	GJ	002
GERENCIA				

Proceso de atención al cliente asistencia, Plan de mejora de Direccionamiento, Plan de mejora de Gerencia, Plan de mejora de Gerencia del Talento Humano, Plan de mejora de Ambiente físico, Plan de mejora de Gestión de la Tecnología, Plan de mejora de Gerencia de la Información y Plan de mejora de Mejoramiento de la Calidad.

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

PARAGRAFO: 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 la ESE PASTO SALUD.

ARTÍCULO CUARTO: 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.

ARTICULO QUINTO: En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 8 de la ley 1437 de 2011, se deberá publicar la presente Resolución, en la página WEB INSTITUCIONAL de la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE.


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

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los veinticinco (25) días del mes de mayo de dos mil veintitrés (2023).


ANA BELÉN ARTEAGA TORRES
Gerente


Proyectó: Carolina Burbano Legos – Profesional Universitaria 
Revisó: Edwin Julio Bastidas Benavides, Profesional Especializado Área de la Salud
José Alexander Yela Escobar- Jefe Oficina Asesora Jurídica 

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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			ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN
		E	M	X			
11.0	Actualización Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad		X		Se establece nuevo Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo a autoevaluación 2022, e identificación de fuentes de mejora.	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 393 del 25 de mayo de 2023
10	Actualización Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoría derivado de la autoevaluación de estándares de acreditación, correspondiente al año 2021, basado en el manual 3.1 de la Resolución 5095 de 2018	Edwin Julio Bastidas Benavides Profesional Especializado área de la salud	Resolución 271 del 8 de Abril de 2022
9.0	Actualización Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoría 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 Profesional Especializado área de la salud	Resolución 343 del 6 de Mayo de 2021
8.0	Actualización Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad		X		Se tiene la necesidad de establecer un Programa anual de auditoría 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 Profesional Especializado área de la salud	Resolución 326 del 14 de Mayo de 2020
7.0	Actualización Programa de auditoría 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 Profesional Especializado área de la salud	Resolución 336 del 12 de Junio de 2019
6.0	Actualización Programa de auditoría 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 auditoría 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

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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, que conllevan a un mejoramiento continuo en cumplimiento de los objetivos establecidos por la empresa, visualizados en los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, coordinación y continuidad, a través de la consecución de mejoras sistemáticas y continuas llevadas por la empresa, con el fin común de satisfacer las necesidades y expectativas de atención en salud del usuario, familia y demás grupos de interés.


Por otra parte y según el Modelo de mejora continua de la empresa con enfoque en los grupos de interés, parte de la identificación de diferentes fuentes de mejoramiento con el objetivo de generar oportunidades de mejora y su respectiva gestión en pro de avanzar en aspectos relacionados con la gestión clínica, seguridad del paciente, humanización, gestión de la tecnología, la responsabilidad social que conlleven a una transformación de la cultura organizacional.

El documento PAMEC y sus diferentes herramientas se articulan con el direccionamiento estratégico de la empresa, 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 presente Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se fundamenta principalmente en la ejecución de autoevaluación de los estándares de acreditación en salud de la vigencia 2022, con base a lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, reglamentado por la Resolución 5095 del 2018. Por otra parte el programa también se fundamenta en las diferentes fuentes, contenidas en el Modelo de mejoramiento continuo empresarial.

Este contiene todas las etapas de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, iniciando con la autoevaluación y terminando con el aprendizaje organizacional, siempre articulando las oportunidades de mejora gestionadas a los diferentes procesos de la empresa y fuentes de mejoramiento.

Pasto Salud E.S.E., define el presente documento como una herramienta sistemática y continua de evaluación y mejora de la calidad observada frente a la calidad esperada de la atención en salud de nuestros usuarios, con el fin de alcanzar altos estándares de calidad, en beneficio del derecho a la salud y calidad de vida de los trabajadores, pacientes y demás grupos de interés.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	9


1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Definir el 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 y demás fuentes de mejoramiento, logrando a través de la formulación de acciones de mejora en ciclo PHVA 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
- Determinar las fuentes de mejoramiento por cada oportunidad de mejora priorizada.
- Establecer la articulación de los procesos por cada oportunidad de mejora priorizada.
- Definir e implementar acciones de mejoramiento en ciclo PHVA por cada una de las oportunidades de mejora priorizadas.
- Realizar monitoreo y seguimiento a las acciones de mejora ejecutadas, identificando barreras y oportunidades susceptibles de mejorar.
- Generar un aprendizaje organizacional producto de las acciones de mejora implementadas en la Empresa.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	10

2. ALCANCE

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, inicia desde la autoevaluación de los estándares de acreditación aplicables de la gestión del año 2022 e identificación de otras fuentes de mejora, hasta el aprendizaje organizacional logrado del cumplimiento de las acciones de mejora ejecutadas. Contiene todos los pasos contenidos en la Ruta Crítica de auditoria para el mejoramiento de la calidad y aplica para todos los procesos de la Empresa.

El periodo de implementación del PAMEC, se dará durante toda la vigencia 2023, con un último seguimiento a realizarse en el mes de enero del año siguiente.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	12

4. GLOSARIO

Autoevaluación: Proceso permanente de verificación, diagnóstico, exploración, análisis, acción y realimentación que realizan las instituciones a nivel interno, con el fin de identificar sus fortalezas y debilidades, sus oportunidades y amenazas, buscando el mejoramiento continuo que garantice altos niveles de calidad en la prestación de sus servicios.¹

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.²

Fortalezas: Se definen como los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, acciones o servicios donde la organización ha conseguido resultados de su implementación y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.

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

CICLO PHVA: El ciclo PHVA, también conocido como ciclo Deming. En español sería PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos. En el **Planear:** se define las metas y métodos para alcanzar los objetivos propuestos; en el **Hacer:** se educa y entrena, luego se ejecuta la tarea y se recolectan datos; en el **Verificar:** se verifican los resultados de la tarea ejecutada y en el **Actuar:** se corrige o estandariza para volver a iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento.³

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.⁴


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

1 <https://www.cali.gov.co/desarrolloinstitucional/publicaciones/143605/modelo-integrado-de-planeacion-y-gestion-mipg/>

2 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

3 <https://eduvirtual.cuc.edu.co/moodle/mod/forum/discuss.php?d=151928>

4 <https://slideplayer.es/slide/4006004>

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	13

promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.⁵

Programa de auditoría: Conjunto de una o más auditorías (3.1) planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.⁶

“Plan de auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.⁷

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

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.

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.”⁸

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.⁹


5 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

6 <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2020/06/diferencias-entre-un-programa-y-un-plan-de-auditoria/>

7 Ibid.

8 <https://www.cecep.edu.co/documentos/calidad/norma-iso-19011-2018.pdf>

9 Ibid. (5)

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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.).”¹⁰
- Formular los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada

H:

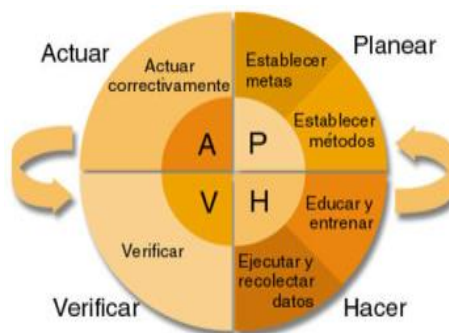
- Implementar las acciones contenidas en los planes de mejoramiento formulados

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.”¹¹



¹⁰ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

¹¹ Ibíd. (10)

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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 que presta PASTO SALUD E.S.E., y hace parte de la estrategia de mejoramiento de sus procesos dando alcance a la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción de los grupos de interés, enfocado en alcanzar altos estándares de desempeño en salud.

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

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC”, se documenta 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.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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 sedes 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.

RESPECTO: 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."¹²

¹² https://pastosaludese.gov.co/site/images/1-nuestra-entidad/1.8-plan-y-proyectos/2021/PDI/PDI2021-2024-PastoSaludE.S.E..%20V%203_c

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	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.”¹³

¹³ https://pastosaludese.gov.co/site/images/1-nuestra-entidad/1.8-plan-y-proyectos/2021/PDI/PDI2021-2024-PastoSaludE.S.E..%20V%203_c

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	19


9. MAPA DE PROCESOS



Fuente: <https://pastosaludese.gov.co/site/nuestra-entidad/estructura-organizacional/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, que 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 además cuenta con 16 procesos y 76 procedimientos que se encuentran cargados en la página web institucional.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	20

10. AUTOEVALUACION

10.1 CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

La conformación de los equipos de autoevaluación se realizó en el mes de Abril del año 2023, bajo Resolución 283 del 4 de Abril de 2023, la conformación fue realizada de la siguiente manera:

GRUPO DE ESTANDARES DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	
Líder: Subgerente de Salud e Investigación	
Integrantes	
Cargo	
1	Directores Operativos de Red o quien haga sus veces
2	Enfermeras con Funciones Administrativas o quien haga sus veces
3	Profesional Universitario Auditoria Médica, o quien haga sus veces
4	Profesional Universitario-Enfermera Asistencial, o quien haga sus veces
5	Profesional Universitaria Coordinadora Odontología, o quien haga sus veces
6	Profesional Universitario-Química Farmaceuta, o quien haga sus veces
7	Profesional Universitaria Laboratorio Clínico o quien haga sus veces
8	Profesional Universitaria-Vigilancia Epidemiológica, o quien haga sus veces
9	Profesional Universitaria - Medico asistencial o quien haga sus veces
10	Profesional Especializada Área de la Salud-Salud Pública, o quien haga sus veces
11	Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria, o quien haga sus veces
12	Técnico Área de la Salud
13	Profesional Universitario SIAU, o quien haga sus veces
14	Profesional Especializada Área de la Salud-Calidad, o quien haga sus veces
15	Profesional Coordinación promoción y mantenimiento de la salud
16	Profesional universitaria- Psicóloga

GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	
Líder: Gerente de Pasto Salud ESE	
Delegado: Jefe Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces	
Integrantes	
Cargo	
1	Subgerente de Salud e Investigación o quien haga sus veces
2	Subgerente Financiero y Comercial o quien haga sus veces
3	Profesional Universitario - Planeación o quien haga sus veces
4	Profesional Universitario - Planeación o quien haga sus veces
5	Secretaria General o quien haga sus veces
6	Un integrante de la Junta Directiva
7	Jefe Oficina Control Interno o quien haga sus veces
8	Directores Operativos de Red
9	Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas o quien haga sus veces
10	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano o quien haga sus veces
11	Jefe Oficina Asesora Jurídica o quien haga sus veces
12	Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria o quien haga sus veces
13	Profesional Especializado Área de la Salud-Calidad o quien haga sus veces
14	Profesional de Apoyo Docencia Servicio

GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA	
Líder: Gerente de Pasto Salud ESE	
Delegado: Subgerente Financiero y Comercial o quien haga sus veces	
Integrantes	
Cargo	
1	Subgerente de Salud e Investigación o quien haga sus veces
2	Directores Operativos de Red o quien haga sus veces
3	Jefe Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces
4	Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria o quien haga sus veces
5	Secretario General o quien haga sus veces
6	Jefe oficina Asesora Jurídica o quien haga sus veces
7	Jefe Oficina Asesora de Talento Humano o quien haga sus veces
8	Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas o quien haga sus veces
9	Jefe Oficina Asesor de Control Interno o quien haga sus veces
10	Profesional Universitario- SG SST
11	Profesional de Apoyo Docencia Servicio

GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE TALENTO HUMANO

Líder: Jefe Oficina de Talento Humano

Integrantes

Cargo

1	Director Operativo Red Oriente, o quien haga sus veces
2	Profesional de Apoyo Docencia Servicio
3	Profesional Universitario-Abogado, o quien haga sus veces
4	Profesional Universitario- SG SST
5	Profesional Universitario-Control Interno, o quien haga sus veces
6	Profesional Universitario Auditoria-Odontóloga, o quien haga sus veces
7	Profesional de apoyo Psicóloga
8	Profesional Universitaria - Psicóloga o quien haga sus veces
9	Profesional de apoyo Talento Humano
10	Profesional de apoyo Talento Humano
11	Técnico Operativo Comunicaciones

GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE AMBIENTE FISICO

Líder: Secretaria General

Integrantes

Cargo

1	Profesional Universitario Auditoria, o quien haga sus veces
2	Profesional Universitario-Suministros o quien haga sus veces
3	Almacenista General o quien haga sus veces
4	Profesional Universitario-Ingeniero Ambiental, o quien haga sus veces
5	Profesional Universitario-Arquitecto, o quien haga sus veces
6	Profesional Universitario- SG SST
7	Profesional Universitaria Ingeniera Civil
8	Profesional Universitario Instrumentador Quirúrgico Esterilización
9	Profesional de apoyo Secretaria General
10	Profesional universitario – vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces
11	Profesional universitario – coordinador odontología o quien haga sus veces

GRUPO DE ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

Líder: Profesional Universitario-Ingeniero Biomédico

Integrantes

Cargo

1	Profesional Universitario Planeación, o quien haga sus veces
2	Profesional Universitario Sistemas de Información, o quien haga sus veces
3	Profesional Universitario Auditoria-Odontóloga, o quien haga sus veces
4	Profesional Universitaria-Química Farmaceuta, o quien haga sus veces
5	Profesional Universitaria-Ingeniero Biomédico
6	Profesional Universitaria Coordinadora Odontología, o quien haga sus veces
7	Almacenista General, o quien haga sus veces
INVITADOS PERMANENTES	
1	Representante de Contratista- Biomédico


GRUPO DE ESTANDRES DE GESTION DE LA INFORMACION

Líder: Jefe Oficina de Comunicaciones y Sistemas

Integrantes

Cargo

1	Profesional Universitario de Sistemas, o quien haga sus veces
2	Profesional Universitario de Sistemas, o quien haga sus veces
3	Profesional Universitario Planeación, o quien haga sus veces
4	Técnico Operativo-Archivo y Correspondencia, o quien haga sus veces
5	Profesional de apoyo ingeniero de sistemas
6	Profesional Universitario-Auditoria, o quien haga sus veces
7	Técnico Operativo-Oficina de Comunicaciones
8	Profesional de apoyo Archivo y Correspondencia

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	24

GRUPO DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO	
Líder: Profesional Especializado Área de la Salud-Auditoria, o quien haga sus veces	
Integrantes	
Cargo	
1	Jefe Oficina Asesora de Planeación, o quien haga sus veces
2	Jefe Oficina Asesora de Control Interno, o quien haga sus veces
3	Subgerente de Salud e Investigación
4	Profesionales de apoyo Gestión de calidad
5	Profesionales de apoyo Acreditación
6	Técnico Operativo-Oficina de Comunicaciones


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
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, incluyendo oportunidades de mejora de otras fuentes.
4. Realización de la calificación cuantitativa: Se califica cada estándar de acreditación de 1 a 5, bajo la metodología 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 MECANISMO PARA IDENTIFICAR Y CONSOLIDAR OTRAS FUENTES DE MEJORAMIENTO

1. Solicitud a líderes de procesos de oportunidades de mejora derivadas de otras fuentes de mejoramiento, de acuerdo al Modelo de mejora continua de la empresa.
2. Revisión y consolidación por parte del área de calidad de las diferentes oportunidades de mejora remitidas en las matrices de autoevaluación y priorización.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	25

10.4 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

Año 2022: **3.39**

RESULTADOS DE AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION AÑO 2022	
GRUPO DE ESTANDARES	2022
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	3.37
DIRECCIONAMIENTO	3.55
GERENCIA	3.5
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	3.27
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	3.31
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	3.29
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3.46
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.39
TOTAL	3.39


Nota: Los soportes de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa del año 2022, son anexos del presente documento.

10.5 SELECCIONAR LOS PROCESOS A MEJORAR

La selección de procesos a mejorar se realiza de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas, y se visualizan en el registro PAMEC, concluyendo lo siguiente:

VIGENCIA 2023	
PROCESO	No. Oportunidades de mejora
DIRECCIONAMIENTO	27
GESTION DE CALIDAD	58
CONTROL INTERNO	2
GESTION AMBULATORIA	59
GESTION DE URGENCIAS	8
GESTION DE HOSPITALIZACION	7
GESTION DE LABORATORIO CLÍNICO	14
GESTION DE IMAGENOLOGIA	2
GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	12
GESTION FARMACEUTICA	4
GESTION DE LA TECNOLOGIA	14
GESTION JURIDICA	0
GESTION FINANCIERA	1
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	27
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	35
GESTION DEL TALENTO HUMANO	48
TOTAL	318


Nota: El número de oportunidades puede diferir de las priorizadas ya que en una oportunidad puede haber dos procesos relacionados.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	26

11. OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS

Las oportunidades de mejora identificadas por cada proceso fueron las siguientes:

VIGENCIA 2023	
GRUPO DE ESTANDARES	Nº OPORTUNIDADES DE MEJORA
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	145
DIRECCIONAMIENTO	19
GERENCIA	25
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	37
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	25
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	20
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	28
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	12
TOTAL	311

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	27

12. PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES 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, costo y volumen:


- **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

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	28


Formato de diligenciamiento de priorización de oportunidades de mejora:

No ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL

Oportunidades de mejora priorizadas:

VIGENCIA 2023		
GRUPO DE ESTANDARES	Nº OPORTUNIDADES DE MEJORA	Nº OPORTUNIDADES PRIORIZADAS
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	145	143
DIRECCIONAMIENTO	19	19
GERENCIA	25	25
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	37	36
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	25	22
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	20	16
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	28	27
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	12	12
TOTAL	311	300


De las 311 oportunidades de mejora identificadas producto de la autoevaluación cualitativa vigencia 2022, 300 de ellas fueron priorizadas.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	29

13. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS

La Calidad Esperada, para el PAMEC 2023, basado en los estándares de acreditación será:

- Cualitativa: Ejecutar las acciones de mejora producto de las oportunidades de mejora priorizadas, generando fortalezcas como insumo del aprendizaje organizacional.
- Cuantitativa: Ejecutar las acciones producto de las oportunidades de mejora priorizadas, mejorando continuamente, en pro de alcanzar el cumplimiento del estándar de acreditación. Obteniendo una calificación promedio superior al 3.39.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	30

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: 1. Procesos y/o procedimientos a auditar 2. Los documentos y registros que se utilizan 3. Los criterios de la auditoria 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: 1. Periodo a evaluar 2. Disponibilidad del personal auditado 3. Disponibilidad y perfil del equipo auditor 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 Solicitando los recursos al área que pueda proveerlos

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	31

15. PLAN DE MEJORA Y EJECUCION

La matriz 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 o de las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa
- 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.
- En fuente: Se registra teniendo en cuenta las diferentes fuentes contenidas en el Modelo de mejoramiento de la Empresa.
- En proceso: Se registra el proceso o los procesos que se pretende mejorar de acuerdo al mapa de procesos de la Empresa y de las oportunidades de mejora priorizadas.
- 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


	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	32

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 2023, 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.


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

VIGENCIA 2023	
GRUPO DE ESTANDARES	Nº ACTIVIDADES
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	562
DIRECCIONAMIENTO	81
GERENCIA	112
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	144
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	78
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	73
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	110
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	50
TOTAL	1210

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	33

16. MONITORIZACION AL PLAN DE MEJORA


La monitorización a la ejecución de las acciones de mejora, se tiene establecido como un control para el cumplimiento de las acciones, esta se realizará por los equipos de autoevaluación de manera mensual o bimensual, generando un acta de acciones cumplidas, en desarrollo y atrasadas. En la matriz se debe colocar la fecha de monitoreo, el estado de la acción y las respectivas observaciones que justifiquen el estado.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	34

17. 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, este se realizará por la Oficina de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.


SEGUIMIENTO				
RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	ESTADO	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	35

18. APRENDIZAJE EN LA EMPRESA

El aprendizaje de la Empresa, se justificará por cada una de las acciones ejecutadas en ciclo PHVA, de cada una de las oportunidades de mejora generadas y priorizadas durante la vigencia 2023.


Al evidenciar cumplimiento de todas las acciones que conforman una oportunidad de mejora estas se considerarán como lecciones aprendidas previo análisis por el equipo de mejoramiento de la Empresa, que serán comunicadas a través de boletines con el fin de ser consultadas por los grupos de interés para Pasto Salud ESE. Por otra parte el aprendizaje organizacional se evidenciará en la internalización de la información documentada generada como producto de la ejecución de las acciones de mejora.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	36

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, 2018, 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.
- ✓ Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, Informe de autoevaluación en acreditación, vigencia 2022

Fin del documento.

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PG-AMC	11.0	37

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