



ESE BelloSalud
Juntos construimos vidas saludables

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN		3
JUSTIFICACIÓN		4
1.	9	
1.1.	9	
1.2.	9	
1.3.	9	
1.4.	10	
2.	11	
2.1.	11	
2.2.	112.2.1. 112.2.2. 122.2.3. 122.2.4. 12	
2.3.	132.3.1. 142.3.2. 142.3.3. 142.3.4. 142.3.5. 152.3.6.	
	152.3.7. 152.3.8. 162.3.9 Política	de
	calidad.....	14
2.3.10.	162.4. 16	
2.4.1.	172.4.3. 18	
2.5.	21	
2.6.	21	
3.	23	
4.	24	
4.1.	24	
4.2.	26	
4.3.	274.3.1. 274.3.2. 274.3.3. 274.3.4. 28	
4.4.	28	
4.5.	294.5.1. 294.5.2. 294.5.3. 30	
4.6.	30	
4.7.	31	
4.8.	314.8.1. 314.8.2. 314.8.3. 32	
5.	33	
5.1	33	
5.2	33	
6.	34	
6.1	34	
6.2	366.2.1 366.2.2 376.2.3 386.2.4 396.2.5	
	396.2.5.1 406.2.5.2 416.2.5.3 416.2.5.4 416.2.6 426.2.7	
	426.2.8 42	
7.	45	

8.	47					
9.	48					
9.1.	489.1.1.	489.1.2.	489.1.3.	499.1.4.	509.1.5.	509.1.6.
	50					
9.2	51					
BIBLIOGRAFÍA						51

INDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1 Sedes Habilitadas	17
Tabla 2 Capacidad Instalada	18
Tabla 3 Servicios Habilitados	19
Tabla 4 Cronograma Ruta Crítica	29
Tabla 5 Criterios de Priorización	40
Tabla 6 Flujoograma proceso de auditoría (PAMEC)	44
Ilustración 1 Organigrama	22
Ilustración 2 Mapa de Procesos	22
Ilustración 3 Ruta Crítica	37

INTRODUCCIÓN

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención de salud observada frente a la calidad esperada. Dicho mecanismo lleva implícito la intencionalidad de avanzar de estándares básico de habilitación, hacia el logro de estándares superiores, definidos en el Sistema Único de Acreditación.

La auditoría es una herramienta de gestión de la calidad y de gestión gerencial, la institución ha logrado armonizar la metodología e instrumentos propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con las condiciones específicas de la empresa

La ESE BelloSalud a través de la implementación del PAMEC, busca impactar en los procesos críticos asistenciales y administrativos, que influyen en la prestación de los servicios y así buscar la mejora de la calidad de la atención, minimizar los riesgos en la prestación de los servicios y mejorar y mantener la satisfacción de los usuarios y sus familias.

Con el programa se busca también generar cambios de cultura de la calidad, al interior de la institución, que involucre a todo el personal, desde la alta Gerencia, el personal Administrativo y Asistencial, en el mejoramiento continuo, para alcanzar el cumplimiento de estándares de acreditación, por medio del autocontrol, auditorías internas, evaluación permanente y mejora de los procesos prioritarios.

Este documento contiene las pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, con el fin de promover en los líderes, y sus colaboradores, la cultura de un sistema basado en procesos que incluye el ciclo PHVA, la Gestión de Riesgos y el autocontrol, logrando la satisfacción del cliente y demás partes interesadas.

JUSTIFICACIÓN

El Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y el posterior Decreto 780 de 2016, le dio más énfasis al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud al introducir nuevos elementos que elevaron el nivel de exigencias para el mejoramiento de la calidad y específicamente los lineamientos de “Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud”. Más recientemente, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Teniendo en cuenta los cuatro elementos fundamentales para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, así: La habilitación, el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el sistema de información para la calidad y el sistema único de acreditación en salud, 1 de ellos opcional (acreditación) y los otros 3 de obligatorio cumplimiento que apuntan a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia. La búsqueda de la calidad es un reto para las instituciones prestadoras de servicios de salud, en las diferentes dimensiones: Calidad técnico científica, calidad en el componente interpersonal con los usuarios y las amenidades.

Con el desarrollo del PAMEC afirmamos nuestro compromiso con el mejoramiento continuo en la prestación de todos nuestros servicios, comprometiéndonos con alcanzar los más altos estándares de calidad, disminuyendo día a día la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, en donde los actores centrales lo constituyan los usuarios y sus familias

La calidad no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo que involucra a toda una organización. La calidad es un concepto que involucra la imagen que una empresa proyecta al exterior y la mejora continua en los bienes o servicios que produce. La importancia que este tema ha alcanzado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ha sido tal, que éstas se han visto en la necesidad de implementar estrategias de calidad a fin de proporcionar no sólo un servicio óptimo sino satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios. La ESE, es consciente de la importancia de la búsqueda de la calidad en la atención, como una filosofía institucional más allá del cumplimiento de las normas legales; llegando en última instancia a pensar en nuestra obligación de brindar seguridad a nuestros usuarios por lo cual plantea como prioritaria la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento

de la Calidad (PAMEC), enfocado al logro de mejores estándares, que nos permita satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad sobre el servicio de salud para aproximarnos a la acreditación en salud.

1. ENFOQUE POR PROCESOS

El Mapa de procesos de la ESE BelloSalud, permite a la Entidad y a los funcionarios alinear sus actividades en una sola dirección, de manera que estén orientadas a brindar productos y servicios de calidad y lograr la satisfacción de los usuarios y la comunidad en general.

El modelo de operación por procesos de la ESE, se estableció a partir de la identificación de procesos y sus interrelaciones, los cuales fueron agrupados en tres grandes macro procesos:

1.1. Macro proceso Estratégico:

Incluye procesos relativos a la planificación y establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos estratégicos y de calidad, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios, auditoría y revisiones por la dirección. Está compuesto por los procesos de.

- Planeación estratégica
- Mercadeo y comunicaciones

1.2. Macro proceso asistencial:

Incluye todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser. Está compuesto por los procesos de:

- Atención ambulatoria
- Atención de urgencias
- Hospitalización
- Participación social en salud
- Promoción y prevención
- Apoyo diagnóstico y terapéutico
- Esterilización

1.3. Macro proceso de Apoyo:

Incluye todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos y misionales. Está compuesto por los procesos:

- Gestión de la información
- Gestión del talento humano
- Gestión de bienes y servicios
- Gestión financiera
- Gestión documental

1.4. Macro proceso de evaluación y mejora:

Incluye los procesos relacionados con la verificación y puntos de control en la institución. En este macro proceso se encuentran:

- Control de la gestión
- Gestión de calidad
- Auditoría médica

2. MARCO INSTITUCIONAL

2.1. Reseña Histórica

El Concejo de Bello, aprueba mediante el Acuerdo No. 052 del 15 de agosto de 1995 la conformación de la empresa Social del Estado París Acevedo Fontidueño del Municipio de Bello. Para el año 1998 se abrió la sede de Zamora y posteriormente se cerró el centro de salud de Acevedo, lo que motivó a la expedición del acuerdo 032 de 2005, mediante el cual se define una nueva razón social con la denominación de Empresa Social del Estado Hospital Zamora Paris Fontidueño, prestando sus servicios de salud en la sede Zamora y los centros de salud de “Fontidueño” y “Paris”

Debido a la ineficiencia del sistema Municipal de Salud, en cuanto a tener dos Empresas Sociales del Estado de baja Complejidad, compartiendo el mismo mercado y con duplicidad de funciones de su recurso humano; la administración municipal conforma una Comisión con el fin de avanzar en un estudio técnico que le permitiera volver eficiente el sistema e llegando a la conclusión de que la mejor estrategia para ello era la FUSIÓN de sus dos empresas existentes. Es así, como nace “E.S.E BELLOSALUD”.

La Empresa Social del Estado BELLOSALUD del municipio de Bello, fue creada mediante el Decreto 0572 del 17 de Diciembre de 2008 suscrito por el señor Alcalde Municipal Dr. Oscar Andrés Pérez Muñoz como resultado de un proceso de fusión antes mencionado de las Empresas Sociales del Estado, Hospital Rosalpi y ESE. Hospital Zamora París Fontidueño.

Hasta el año 2017 la ESE contaba con 9 sedes habilitadas con prestación de servicios del primer nivel de complejidad. En 3 de sus sedes prestaba servicios de urgencias y en 5 sedes la prestación de servicio farmacéutico. Para el año 2018 debido a la necesidad de la empresa de ajustarse al documento de red, Propuesta de conformación de las Redes Públicas de Servicios de Salud en el Departamento de Antioquia, presentado al Ministerio de Salud y la Protección Social en el año 2014, la empresa debió ajustarse a este y para tal efecto se realizó el cierre de una de sus sedes, 4 servicios farmacéuticos y dos servicios de urgencias.

2.2. Plataforma Estratégica

2.2.1. Misión

Somos la Empresa Social del Estado BelloSalud que presta servicios de salud con altos estándares de calidad en un ambiente seguro para el usuario y su familia, por medio de un direccionamiento estratégico, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, procurando el desarrollo integral de nuestro talento humano y el espíritu docente.

2.2.2. Visión

La Empresa Social del Estado BelloSalud para el año 2030 será una empresa líder en la prestación de servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Bello y su área cercana, reconocida por el servicio humanizado y seguro para los usuarios y sus familias aportando al bienestar de la población Bellanita.

2.2.3. Valores

Respeto: Empatía, amabilidad, cortesía y calidez en el trato con el otro. Cumplir con las responsabilidades, resultados y logros propuestos para el beneficio de los demás.

Servicio: Actitud y aptitud para dar y recibir. Diferenciación. Disfrutar del hacer. Percibir la satisfacción del cliente.

Compromiso: Ser fiel a sus convicciones y efectivo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas. Buena disposición para asumir como propios los objetivos estratégicos de la Institución, buscando el fortalecimiento financiero.

Responsabilidad social: Búsqueda permanente del bienestar social a través de la solidaridad, la equidad y la justicia. La responsabilidad social nos motiva a participar en actividades que buscan el desarrollo social y del ambiente con el fiel propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

2.2.4. Principios Corporativos

Los principios Corporativos se contextualizan y se divulgan a los servidores públicos de la E.S.E. BelloSalud, a los usuarios y a la comunidad en general para su reconocimiento y aplicación en la vida laboral cotidiana y constituyen fundamento esencial de la plataforma de la empresa, los cuales se relaciona a continuación:

Equidad: Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

Calidad: Propiciamos y construimos la calidad con nuestra actitud conocimiento, capacidad, patrones y destrezas para aportar diaria y permanentemente al mejoramiento de nuestra gestión, la atención y prestación de los servicios de salud, garantizando la excelencia y la satisfacción de necesidades y expectativas de usuarios y clientes.

Solidaridad Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.

Universalidad Atendiendo a todas las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.

Transparencia Asumiendo el cumplimiento de la plataforma estratégica de la ESE. Bellosalud y ejecutando las acciones estratégicas, administrativas, financieras y las asistenciales o misionales de manera diamantina, cristalina, diáfana y/o transparente, para manejar de manera racional los recursos disponibles en desarrollo de la gestión pública, la presentación de la rendición de cuentas claras y responder a expectativas de los usuarios y población en general.

Eficiencia Programando la aplicación del talento humano, los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterio de austeridad en el gasto y rentabilidad social y económica.

Integridad: Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de óptima calidad, humana y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.

Eficacia Garantizando la solución eficaz y efectiva de aquellos problemas de salud de los usuarios que correspondan a sus necesidades y expectativas y que estén bajo la responsabilidad de la E.S.E. BelloSalud.

Pertinencia Propiciando la atención y la prestación de los servicios de salud de manera adecuada a la naturaleza técnica y científica que se requiera de acuerdo con los diagnósticos y los pronósticos que, en virtud de la demanda de los usuarios, se requiera brindar para alcanzar y dar respuesta oportuna a la satisfacción de los requerimientos de los usuarios.

Respeto a la dignidad humana Garantizando, hasta donde esté al alcance de la ESE. BelloSalud, los derechos universales e irrenunciables de la persona y de la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano.

2.3. Políticas

2.3.1. Política ética

El comportamiento de cada uno de los servidores de la entidad, debe estar siempre enmarcado en el principio del interés general, como la posibilidad de alcanzar una verdadera ética de la responsabilidad por el ejercicio de lo público, conductas que sean legitimadas e identificadas por su eficiencia y transparencia con los ciudadanos que concurren a su servicio. A continuación, se presentan los lineamientos deseables en el comportamiento de cada uno así:

2.3.2. Política ética de Directivos

Los directivos de la ESE BelloSalud, buscan promover una cultura ética y por ello adoptan las siguientes políticas:

- Fluidez en las comunicaciones.
- Aplicar estrategias para el fortalecimiento de los valores, los derechos, los deberes y las conductas éticas.
- Promover en los usuarios internos y externos, un trato justo, respetuoso y digno, sin discriminación alguna.
- Impulsar mecanismos de evaluación, control de gestión y rendición de cuentas sobre programas y proyectos.

2.3.3. Política ética de los servidores públicos

Dando cuenta de la importancia de cada uno de los servidores públicos en el desarrollo de la Gestión Pública, La ESE BelloSalud, se compromete a cumplir las siguientes políticas:

Garantizar a los servidores Públicos el acceso por méritos a concurso de ascensos, nombramientos, comisiones y procesos de capacitación, en condiciones de igualdad y teniendo en cuenta las necesidades de la ESE. Los Funcionarios Públicos de la ESE BelloSalud asumen los siguientes compromisos:

- Desempeñar sus funciones con transparencia, compromiso, honestidad, oportunidad y lealtad para hacer del Hospital, una Entidad que responda de manera efectiva a la misión y objetivos institucionales.
- Desarrollar con efectividad, equidad y solidaridad la prestación de los servicios a los usuarios, garantizando un trato humanizado, sin ninguna discriminación o trato privilegiado caracterizado por intereses determinados, de manera que redunde en el desarrollo integral de la población de la comunidad de Bellanita.

2.3.4. Política ética con la Comunidad

Asumiendo la comunidad como la razón y objetivo de la función pública de la ESE BelloSalud, se consolidarán las siguientes políticas:

- Responder a las distintas demandas sociales de los usuarios con equidad e inclusión.
- Suministrar a la Comunidad información veraz y oportuna.
- Desarrollar mecanismos y canales de comunicación que den cuenta a la comunidad, sobre los programas y proyectos que adelanta la Gerencia de la ESE BelloSalud.
- Fortalecer las relaciones de los funcionarios públicos de la ESE BelloSalud con la comunidad (clientes internos y externos) de manera respetuosa y cordial.

2.3.5. Política ética con contratista y proveedores

Buscando una relación armoniosa con contratistas y proveedores basada en los valores institucionales, La Gerencia del BelloSalud Bello, se compromete a:

- Divulgar ampliamente y por medios efectivos el proceso de contratación y sus resultados, a todos los funcionarios públicos, contratistas, proveedores y comunidad en general, generando confianza en los procesos de la Gerencia y en sus servidores.
- Realizar procesos transparentes de contratación con la selección de proponentes de forma imparcial, destinando la inversión pública hacia la búsqueda del bien común. Aplicar permanentemente mecanismos para prevenir sobornos, prácticas desleales, actos ilícitos y suministro información privilegiada, de modo que se garantice la sana competencia.

2.3.6. Política ética con otras instituciones

Para considerar y ampliar los resultados que se derivan de la función pública la Gerencia de la ESE BelloSalud, fortalece el trabajo en red con el Municipio y con otras instituciones mediante los siguientes compromisos:

- Fomentar la colaboración con otras entidades, respetando su integridad e independencia, estableciendo convenios, alianzas y trabajos coordinados dentro de políticas comunes.
- Crear espacios de diálogo para poner en conocimiento de las demás instituciones los planes, programas y proyectos desarrollados e implementados en la ESE, de manera que se consolide un trabajo en red, que optimice los recursos y tiempos empleados.

2.3.7. Política ética con el medio ambiente

En la búsqueda de alcanzar un desarrollo armonioso y sostenible con el medio ambiente, la Gerencia de la ESE BelloSalud, promueve los siguientes compromisos:

- Asumir con respeto y responsabilidad la protección y conservación del medio ambiente, utilizando dentro de la ESE, prácticas ecológicas en el manejo de los recursos físicos y separación de residuos.
- Realizar permanentemente acciones orientadas a la sensibilización, tanto de servidores públicos como de la comunidad educándolos sobre la necesidad e importancia de proteger el medio ambiente.
- Apoyar proyectos que refuercen y promuevan actividades productivas responsables con la cultura ambiental.
- Minimizar los costos ambientales y garantizar la sostenibilidad de las futuras generaciones, articulando con las autoridades y entidades ambientales, la divulgación y consecuente cumplimiento de la normatividad en materia de protección ambiental

2.3.8. Política de priorización

La política de priorización en la atención y prestación de servicios de salud busca agilizar procesos y dar “privilegio” a los usuarios que por su condición así lo requieren.

Se considera población priorizada a: Personas que viven de vereda, Mayores 62 años, Maternas, Menores de 1 año, Discapacitados, Condición clínica expresada por el usuario, Usuario susceptible de aislamiento.

2.3.9. Política de calidad

La E.S.E. BelloSalud, como empresa prestadora de servicios de salud en el Municipio de Bello, acorde a la normatividad vigente, está comprometida con la calidad en los procesos, la eficacia, eficiencia y efectividad del uso de los recursos, para así brindar, a nuestros usuarios y sus familias, una atención humanizada con accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, buscando siempre la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias

2.3.10. Política de seguridad clínica

La ESE BelloSalud, a fin de garantizar una atención segura a nuestros usuarios y sus familias, ha puesto en marcha una cultura de seguridad en la atención, encaminada a prevenir y minimizar todo posible riesgo durante la prestación de los servicios de salud, mediante la implementación del Modelo de Seguridad Clínica y Gestión del Riesgo

2.4. Portafolio de Servicios de la ESE BelloSalud

2.4.1. Sedes

Tabla 1 Sedes Habilitadas

SEDE	NOMBRE SEDE	ZONA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	URBANA	CL 54 # 56A-11	4482030
02	CENTRO DE SALUD MIRADOR	URBANA	KR 49 A # 67 - 49	4482030 opción 5
03	CENTRO DE SALUD SAN FELIX	RURAL	CRREGIMIENTO SAN FELIX	3881533
05	CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	URBANA	KR 64 # 61 - 81	4482030 opción 6
06	CENTRO DE SALUD ZAMORA	URBANA	KR 42 # 20 E - 91	4482030, opción 3
07	CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	URBANA	KR 77 # 20 E 51	4482030, opción 4
08	CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	URBANA	DG 44 # 32 - 112	4482030 opción 8, 4850330
09	MARUCHENGA	URBANA	KR 62 # 22A - 47	4614311

2.4.2. Capacidad Instalada

Tabla 2 Capacidad Instalada

SEDE	NOMBRE SEDE	GRUPO	CONCEPTO	CANITDAD
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	AMBULANCIAS	Básica	1
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CAMAS	Pediátrica	2
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CAMAS	Adultos	13
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CAMILLAS	Observación Pediátrica	2
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CONSULTORIOS	Urgencias	1

SEDE	NOMBRE SEDE	GRUPO	CONCEPTO	CANITDAD
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	10
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	SALAS	Procedimientos	1
01	ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	SILLAS	Ambiente de transición urgencias	1
02	CENTRO DE SALUD MIRADOR	CONSULTORIOS	Consulta Externa	6
03	CENTRO DE SALUD SAN FELIX	CONSULTORIOS	Consulta Externa	3
05	CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	8
06	CENTRO DE SALUD ZAMORA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	9
06	CENTRO DE SALUD ZAMORA	SALAS	Procedimientos	1
07	CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	CONSULTORIOS	Consulta Externa	8
07	CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	SALAS	Procedimientos	1
08	CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	CONSULTORIOS	Consulta Externa	7
09	MARUCHENGA	CONSULTORIOS	Consulta Externa	5

2.4.3. Servicios Ofertados por sede

Tabla 3 Servicios Habilitados

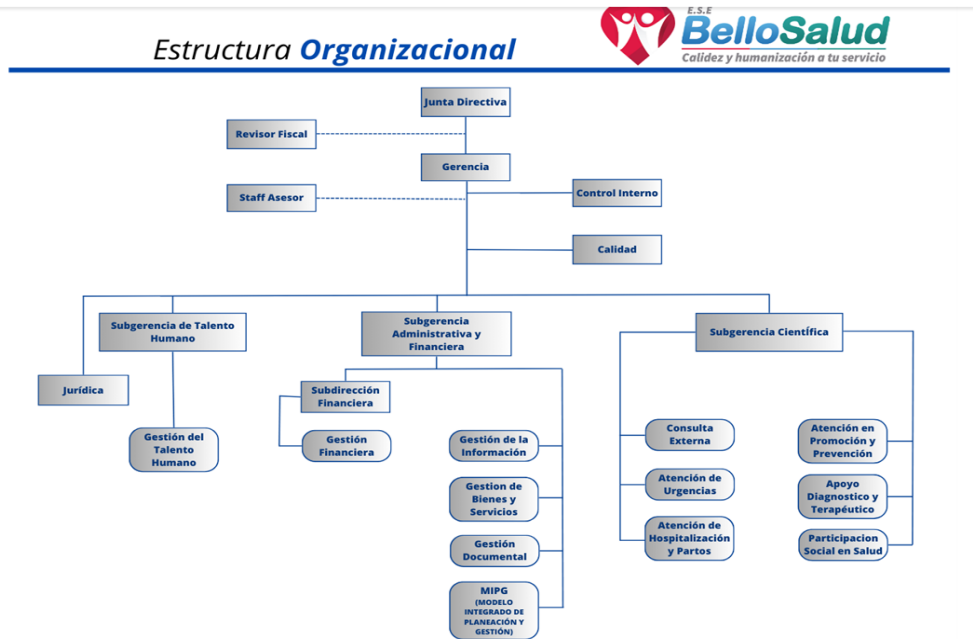
NOMBRE DE SEDE	NOMBRE DE SERVICIO
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	LABORATORIO CLÍNICO
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	SERVICIO FARMACÉUTICO
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA

NOMBRE DE SEDE	NOMBRE DE SERVICIO
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	URGENCIAS
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	PSIQUIATRÍA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	VACUNACIÓN
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	PSICOLOGÍA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	OPTOMETRÍA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	ODONTOLOGÍA GENERAL
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	MEDICINA GENERAL
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	ENFERMERÍA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
ESE HOSPITAL ROSALPI DE BELLO	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
CENTRO DE SALUD ZAMORA	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
CENTRO DE SALUD ZAMORA	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
CENTRO DE SALUD ZAMORA	SERVICIO FARMACÉUTICO
CENTRO DE SALUD ZAMORA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CENTRO DE SALUD ZAMORA	VACUNACIÓN
CENTRO DE SALUD ZAMORA	ODONTOLOGÍA GENERAL
CENTRO DE SALUD ZAMORA	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD ZAMORA	ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	VACUNACIÓN
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	ODONTOLOGÍA GENERAL

NOMBRE DE SEDE	NOMBRE DE SERVICIO
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	VACUNACIÓN
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	ODONTOLOGÍA GENERAL
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD MIRADOR	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
CENTRO DE SALUD MIRADOR	VACUNACIÓN
CENTRO DE SALUD MIRADOR	ODONTOLOGÍA GENERAL
CENTRO DE SALUD MIRADOR	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD MIRADOR	ENFERMERÍA
MARUCHENGA	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA
MARUCHENGA	ODONTOLOGÍA GENERAL
MARUCHENGA	MEDICINA GENERAL
MARUCHENGA	ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	SERVICIO FARMACÉUTICO
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	ODONTOLOGÍA GENERAL
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	VACUNACIÓN
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	ENFERMERÍA
CENTRO DE SALUD SAN FELIX	MEDICINA GENERAL
CENTRO DE SALUD SAN FELIX	ENFERMERÍA

2.5. Organigrama

Ilustración 1 Organigrama



2.6. Mapa de procesos

Ilustración 2 Mapa de Procesos



3. MARCO LEGAL

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

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

Decreto 1011 del 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 3100 de 2.019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Circular 012 de 2016: por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

Resolución 256 del 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.1.3 Definiciones. Para efectos 2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Resolución 2082 de 2014: Por la cual se dictan las disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación

Resolución 5095 de 2018: Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Definiciones

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De Atención En Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

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.

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

4.2. Características Del SOGCS.

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

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

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

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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

4.3. Componentes Del SOGCS.

Tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

4.3.1. Sistema Único De Habilitación.

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

4.3.2. Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud.

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: 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.

4.3.3. Sistema Único De Acreditación.

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

las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

4.3.4. Sistema De Información Para La Calidad.

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

4.4. CRONOGRAMA PAMEC

Tabla 4 Cronograma Ruta Crítica

ACCIÓN	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PAMEC 2025 ESE BelloSalud												EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO				Resolución 81 Fecha: FEBRERO, 2025 Página 1 de 1.
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	RESPONSABLE	
Designar, bajo acto administrativo, al equipo PAMEC para la vigencia																Gerente	
Sensibilizar al personal de la ESE en la implementación del PAMEC "Estrategias para implementación de estándares superiores de calidad"																Líder de calidad	
Definir los instrumentos pertinentes para la autoevaluación de estándares																Líder de calidad Asesor de calidad	
Ajustar y actualizar el documento PAMEC para la vigencia																Líder de calidad Asesor de calidad	
Auto evaluación cualitativa de estándares																Equipo PAMEC	
Auto evaluación cuantitativa de estándares																Equipo PAMEC	
Selección de procesos																Equipo PAMEC	
Priorización de procesos según autoevaluación y valoración de riesgos																Equipo PAMEC	
Definir la calidad esperada por proceso en los estándares priorizados																Líder de calidad Asesor de calidad	
Medición inicial del desempeño de los estándares priorizados																Equipo PAMEC	
Construcción de planes de mejoramiento para los procesos y estándares priorizados																Equipo PAMEC Líderes de proceso involucrados	
Ejecutar acciones de mejoramiento en los procesos seleccionados																Equipo PAMEC Líderes de proceso involucrados	
Seguimiento a las actividades de mejoramiento planteadas																Equipo PAMEC	
Actividades de aprendizaje organizacional, socializaciones, reposicionamientos y cierre de ciclo																Líder de calidad Asesor de calidad	

4.5. Niveles De Operación Del PAMEC

4.5.1. Auditoría Externa

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución, con base en acuerdos previamente pactados. Estos acuerdos podrán referirse a los niveles de calidad que se van a ofrecer a los usuarios, a los instrumentos e indicadores que se van a utilizar para medir tales niveles, a los criterios, y métodos de evaluación, entre otros.

En la E.S.E., esta auditoría es llevada a cabo por las EPS con las cuales se tiene contrato para la atención de sus afiliados, con la SSSA y con el Municipio en el marco de la atención a la población pobre no afiliada a la seguridad social. En los contratos realizados con estas aseguradoras queda estipulado el tipo y la frecuencia de las auditorías.

4.5.2. Autocontrol

Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

En otras palabras, el programa de auditoría tiene como fin último desarrollar la capacidad de autogestión y autocontrol en todos los miembros de la organización.

Para contribuir al autocontrol, la E.S.E. realizará acciones como:

- Fortalecimiento del soporte documental de calidad
- Ajuste de procesos y procedimientos para centrarlos en el cliente.
- Elaboración y divulgación de políticas, programas, manuales.
- Elaboración y divulgación de políticas, programas, manuales y modelos.

4.5.3. Auditoría Interna

Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

4.6. Principios Orientadores PAMEC

Promoción de autocontrol: la auditoria debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque preventivo: La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculo para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y respeto: La auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: las acciones y mecanismos utilizados en la auditoria deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, de forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad: los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de los variables objetos de evaluación.

4.7. Alcance Del PAMEC

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad define con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos que se consideren como prioritarios en la entidad y las orientará hacia la detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover la construcción de planes de mejoramiento costo-efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de procesos en favor del usuario. El alcance del PAMEC en la institución está orientado hacia el Sistema Único de Acreditación en Salud

4.8. Tipos De Acciones De Auditoría

En el PAMEC se llevarán a cabo a través de tres tipos de acciones: Acciones Preventivas, Acciones Coyunturales y de Seguimiento, según la parte del ciclo de mejoramiento donde actúan.

4.8.1. Acciones Preventivas

Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. Las acciones preventivas tienen como propósito establecer de manera explícita los criterios de la calidad deseada por la organización que serán la base para el actuar del autocontrol y de las auditorías internas.

4.8.2. Acciones de seguimiento

Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Dentro de esta categoría se incluyen todas las actividades de control que se realizan para valorar la ejecución de los procesos definidos como prioritarios, con el objeto de conocer su desempeño. Estas acciones son realizadas tanto por el personal que interviene en los procesos (autocontrol) como por los grupos de auditoría interna para velar que el autocontrol se esté llevando a cabo.

Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identifican brechas de desempeño sobre las cuales la organización formula los planes de mejoramiento.

Una de las herramientas fundamentales para hacer seguimiento a los procesos prioritarios son los indicadores de gestión del sistema de gestión de calidad de la institución

4.8.3. Acciones Coyunturales

Están definidas como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia. Este tipo de acciones se consideran alertas que indican la necesidad de tomar intervenciones inmediatas de la institución.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Definir las actividades que conduzcan a la identificación de procesos críticos y oportunidades de mejoramiento mediante la utilización de herramientas diagnósticas y de mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud provistas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la ESE BelloSalud a fin de disminuir en nuestros usuarios los riesgos potenciales en la prestación de servicios y aumentar los beneficios de la atención en términos de costo-eficiencia y costo-efectividad con un enfoque hacia el mejoramiento de los resultados del proceso asistencial, entendido como un mejoramiento continuo clínico-administrativo..

5.2 Objetivos Específicos

Estructurar un modelo de evaluación de los procesos priorizados, dentro de la estrategia del mejoramiento continuo de la calidad, hacia el aseguramiento de los resultados esperados en la atención, centrados en el usuario.

Generar un proceso permanente de seguimiento a subprocesos prioritarios que conduzca, a través de la retroalimentación al aprendizaje organizacional.

Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.

6. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

La auditoría se desarrollará conforme al marco normativo dado por el Decreto 1011 de 2006 y a las Pautas Indicativas de Auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, en donde se describen los tipos de acciones, que se aplicarán en los niveles de autocontrol y auditoría interna.

El programa se desarrollará mediante la intervención de un grupo interdisciplinario de funcionarios quienes bajo el liderazgo de la Gerencia, estructuraran una metodología a la medida de las necesidades de la misma, mediante la aplicación de la metodología establecida por el Ministerio Protección Social “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud” a fin de apuntar al logro de sus objetivos corporativos, propendiendo por la disminución del riesgo de la atención y procurando la obtención de los mejores resultados en la ejecución de los procesos que soportan su operación y la gestión de su objeto social.

6.1 Actividades Previas

Son las actividades que el hospital realizará para ambientar y socializar el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, en términos de Conformar el equipo de Calidad, como instancia colegiada para la toma de decisiones, definición del enfoque y/o alcance que se le da al PAMEC para establecer que macroprocesos de mejora se van a desarrollar, la capacitación y socialización al personal del hospital, de los procesos de mejora a desarrollar, la elaboración del documento PAMEC y su respectivo cronograma de implementación, entre otros aspectos relevantes, gestiones que se desarrollan de manera regular en los escenarios destinados para dicho fin, como son: Reunión del Comité Primario de Calidad, Reuniones de Equipo Directivo, reuniones generales de personal, reuniones grupales y focales con los diferentes líderes y dueños de procesos administrativos y asistenciales, y cualquier otro medio que permita la transmisión de conocimientos y saberes entre los servidores públicos del hospital y de los cuales se dejan constancia en actas o documentos escritos de las partes intervinientes, según los modelos establecidos.

La E.S.E BELLOSALUD desarrollará tres tipos de estrategias, las cuales forman un conjunto de lineamientos sinérgicos que permiten orientar los esfuerzos de la organización en la implementación del PAMEC. Se presentan a continuación, las estrategias aplicadas.

Estrategias de Divulgación

La implementación y actualización del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, requiere que la institución diseñe e implemente una campaña de

lanzamiento, con el fin de orientar los esfuerzos de la organización en un mismo sentido para que los responsables conozcan el contenido del PAMEC.

Se garantiza que las versiones actualizadas del documento PAMEC se encuentran disponibles, para garantizar así el acceso oportuno a todo el personal de la institución.

Estrategias de Capacitación

Inducción: Se garantizará que, en esta modalidad de capacitación, el empleado que ingresa a la institución conozca el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa, del cual hacen parte el PAMEC y los programas relacionados.

Reinducción: Permite actualizar al empleado en las políticas, planes y programas de la entidad y a la vez renovar el compromiso institucional.

Actualización: Orientada a promover nuevos conocimientos relacionados con las funciones y el oficio que desempeña. En cuanto al PAMEC, esta actualización se brinda de acuerdo al plan de capacitación anual y mediante boletín informativo bimestral de avances del Sistema de Gestión de Calidad. Igualmente, en las reuniones de personal se incluyen cuatro capacitaciones anuales en temas relacionados con el PAMEC. Así mismo, las Jornadas de Preparación para la acreditación contribuyen a la actualización por cuanto confieren una visión general del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Adiestramiento: Complementa los conocimientos y desarrolla las destrezas, con el fin de que se adquieran las habilidades necesarias para adaptarse a nuevas situaciones técnicas, administrativas y sociales.

Estrategias de Monitoreo y Evaluación

Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento elaborados para cerrar las oportunidades de mejora detectadas en las diferentes auditorías.

La gerencia y control interno realiza el monitoreo del funcionamiento del PAMEC en la institución y hace seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas y cumplimiento de planes de mejoramiento y cronogramas establecidos.

Anualmente, se realiza una jornada de trabajo en la cual se evalúa el impacto del PAMEC como herramienta de mejoramiento continuo y se implementan los correctivos que sean necesarios.

La gerencia definió el grupo PAMEC, que está conformado por diferentes integrantes de la ESE en todos los niveles. A estas personas se les realizó

capacitación sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad en cada uno de sus componentes así mismo, conformado

6.2 Etapas De La Ruta Crítica

Será la herramienta utilizada por la Institución para establecer y desarrollar la Auditoria para el mejoramiento de la calidad es la establecida por el Ministerio de la protección social que a continuación se relaciona

Ilustración 3 Ruta Crítica



6.2.1 Diagnóstico de las Condiciones de Calidad de la Institución (Autoevaluación)

La evaluación de las condiciones de calidad de la institución será efectuada basada en los estándares de acreditación de la resolución 5095 de 2018 permitiendo realizar un diagnóstico institucional de las condiciones de calidad, esta se hará con los funcionarios de la institución, dirigidos por los líderes de los procesos y con base en el ciclo PHVA

Esta evaluación permitirá identificar las oportunidades de mejora y las fortalezas institucionales.

Se realizarán los siguientes pasos:

1. Evaluación Cualitativa:
2. Evaluación Cuantitativa

En la Evaluación Cualitativa se realizarán los siguientes pasos:

- Lectura de los estándares antes de iniciar la calificación.
- Interpretar el estándar, aclarar si era necesario.
- Identificar fortalezas institucionales en cumplimiento del estándar.
- Documentar y registrar fortalezas relacionadas.
- Realizar análisis y determinar las oportunidades de mejoramiento
- Agrupar las Oportunidades de mejora en tres grupos así:
 - Oportunidades de mejoramiento de enfoque
 - Oportunidades de mejoramiento de Implementación.
 - Oportunidades de mejoramiento de Resultado

Con el equipo de trabajo conformado se programará la realización en forma escalonada de la auto evaluación de estándares de cliente asistencial ambulatorio y los demás procesos administrativos.

En esta evaluación participaran todos los funcionarios de la Institución divididos en grupos:

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial. (estos estándares se evaluarán por cada sede)
- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

6.2.2 Identificación y selección de procesos:

Concluido el ejercicio anterior, el equipo procederá a identificar aquellos procesos a mejorar, elaborando una lista preliminar con todos los procesos de acuerdo con el número de oportunidades de mejora.

Así mismo se realizará la selección en el formato de Excel correspondiente determinando a cuáles procesos corresponde cada una de las oportunidades de mejora establecidas.

Un paso previo a la priorización de oportunidades de mejoramiento es la unificación de las mismas a partir de las diferentes fuentes de mejora existentes en la institución con el propósito de evitar duplicidad y re-procesos ya que una misma situación puede ser identificada por ejemplo desde autoevaluación, auditoría interna, quejas o evento adverso, e incluso en una misma fuente de mejoramiento surgen oportunidades de mejora que puede ser unificadas para su tratamiento.

Para la priorización de las oportunidades de mejora, se adoptaron los criterios de valoración teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social, como se describe a continuación

6.2.3 Definición de procesos prioritarios

Realizada la autoevaluación de los estándares de acreditación y determinadas las oportunidades de mejora se le asignará a cada oportunidad se la dará un peso según los criterios señalados (Riesgo, costo y volumen). Cada oportunidad de mejora con el peso asignado, se relacionará con el proceso correspondiente y de esta manera se priorizarán determinando los procesos con mayor peso (calificación de 125), sus respectivas oportunidades de mejora.

Se utilizará la escala de calificación de 1 o 5, según la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 5 Criterios de Priorización

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

6.2.4 Definición de la calidad esperada

Teniendo en cuenta que se utilizaron los estándares del Sistema Único de Acreditación como base para la auto evaluación y que la intencionalidad es de orientar el proceso de mejoramiento hacia niveles superiores de calidad y adherencia de los usuarios, dichos estándares se convierten en la calidad esperada, de los procesos de atención incluidos en este programa y esperamos para la próxima vigencia un incremento.

Los indicadores de evaluación a utilizar corresponderán a los adoptados formalmente por la ESE BELLOSALUD en el Sistema de Monitoreo Gerencial por Indicadores, estos determinarán la calidad esperada en términos cuantitativos, buscando alcanzar y mantenerlos en el nivel sobresaliente.

La ESE BELLOSALUD está comprometida totalmente con la calidad sabiendo que este surge desde la alta dirección de la organización y apoya todas las actividades necesarias, velando por que la orientación del programa se mantenga hacia el usuario y la comunidad hasta llevar a término el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

6.2.5 Desarrollo de Actividades de Medición y evaluación.

La ESE BELLOSALUD realizará la medición y evaluación del PAMEC basado en: la revisión de los resultados de los estándares obtenidos (autoevaluación) y en los indicadores del Sistema de Monitoreo Gerencial

6.2.5.1 Realización de la auditoría interna

Con el fin de implementar este modelo, la empresa conformó el grupo de auditoría interna. Además, elaboro el cronograma de auditorías, en función de los intervalos de revisión definidos para cada uno de los procesos prioritarios. Se describen a continuación, los dos tipos de auditorías a realizar por el grupo PAMEC de la institución.

La auditoría se concibe como una herramienta de Evaluación Sistemática, cuyo Propósito Fundamental es contribuir al Mejoramiento y mantenimiento de la Calidad de la Atención en Salud; cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones. La Evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad establecida.

En este sentido, la Auditoria es una función de toda la institución y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos.

Para la ejecución de la auditoria, se realizará con las siguientes etapas:

Programación: esta etapa la iniciamos a partir de la definición de las prioridades que se determinó en la ruta crítica, los procesos priorizados objeto de auditoría, se revisaran bajo los estándares de calidad esperados, se realizara la asignación de recursos según el volumen de actividad que los requiere, se fijaran objetivos y metas al mediano y largo plazo en concordancia con el plan estratégico de la institución.

Ejecución de la auditoria: Es la aplicación del plan de auditoría, en el cual se incluirá el alcance y cobertura, se establecerán las técnicas y métodos de auditoría a aplicar, se diseñarán los formatos de registro requeridos para consignar la información a obtener, los objetivos y metas de cumplimiento al corto plazo. Esta etapa es conocida como el plan de auditoría. La realización del trabajo: comprenderá la aplicación de pruebas objetivas con el propósito de recolectar los hechos y datos necesarios como parte del diagnóstico de la eficacia y eficiencia clínica frente al costo beneficio de la atención en salud. Las acciones (preventivas y correctivas) de mejora generadas a partir de este proceso deberán impactar favorablemente la calidad de vida de nuestros usuarios.

El seguimiento: Lo orientaremos en dos sentidos ,el primero de ellos implicara la verificación del cumplimiento de las acciones propuestas en el plan en donde se detallara el responsable , el tiempo de ejecución, los recursos utilizados y el producto final alcanzado, esto significa medir la eficacia y la eficiencia del plan de auditoría, el segundo está enfocado a la verificación de la efectividad de las

acciones de mejora y su impacto al sistema de garantía de calidad en salud en beneficio de los usuarios.

6.2.5.2 Definición del Plan de Auditoria

Se contemplará:

Los objetivos de la auditoría sobre los procesos priorizados. Definición de los objetivos del plan de Auditoria de la Calidad y de cada uno de los Programas de Auditoria que se adelantarán, los objetivos lo planteamos en función del cambio deseado.

El alcance, revisión y seguimiento al desempeño de los procesos mediante el cumplimiento de los estándares de calidad, estándares que conforman la carta de navegación que garantizara la calidad en la atención en salud. El alcance tomara en cuenta el universo que se concibe como campo de acción de la auditoria.

Las técnicas de apoyo a utilizar, la identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro, el equipo ejecutor de la auditoria, cronograma de auditoría y demás aspectos administrativos que se requiera para su desarrollo. Entre las técnicas que se utilizaran, la observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico, flujo gramas.

Fuentes de información: Serán de dos tipos: primarias y secundarias, según si el dato, desde el origen, lo toma el investigador.

Indicador: Un indicador es, básicamente, una variable mensurable, cuyo dato, llámese hecho o cifra, permite conocer el estado de algo en un momento dado, o conocer la forma como en el tiempo se comporta ese algo, si se comparan los datos de distintos momentos.

Formato de registro: El proceso de la auditoria utilizara instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información

6.2.5.3 Ejecución del plan de Auditoría

Significa para nuestra institución abordar las etapas de ejecución de los Programas y, por lo mismo, del Plan de Auditoria de la calidad. En otras palabras, la ejecución de los Proyectos es la etapa que nos lleva a la acción, puesto que nos permitirá construir las bases metodológicas y operativas para la realización de los procedimientos de auditoría. Se debe definir los siguientes aspectos técnicos: - Medición y Comparación

6.2.5.4 Análisis de los resultados que arroje la verificación del plan de Auditoría

Para proponer a la alta dirección de la institución los correctivos que permitan mejorar la calidad de la atención en salud y emitir el concepto de auditoría de manera tal que éste refleje, en forma veraz y objetiva, la realidad.

6.2.6 Determinación de las medidas correctivas y formulación del plan de mejoramiento

Que nos posibilitaran hacer el seguimiento de los problemas o de las prioridades que son objeto del PAMEC, una vez cumplidas las primeras etapas del desarrollo general del Plan.

6.2.7 Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan

Frente al cumplimiento de los objetivos el plan, así como ante los criterios de calidad definidos para los diversos procesos y acciones.

6.2.8 Aprendizaje Organizacional

Una vez alcanzado y estabilizado el estándar en el nivel deseado se realizará la documentación de los procesos y se iniciará el entrenamiento y capacitación a todas las personas de la organización, sobre obtención y mantenimiento de estándares de calidad logrados

Se utilizarán las siguientes estrategias: Capacitación y talleres incluidos dentro del plan de capacitación establecido por el proceso de gestión del Talento Humano y dentro de la inducción del personal, reinducción por procesos para hacer énfasis en lo específico de cada uno de ellos.

También se deben tener otra serie de estímulos todos enfocados a la obtención de resultados, el ejemplo de la parte directiva es muy importante y el acompañamiento constante en el proceso más que las sanciones y críticas hace que los colaboradores se sientan cada vez más comprometidos a prestar servicios con niveles superiores de calidad.

Se puede cambiar la cultura del trabajador público, lo importante es la motivación que se le dé a este para que cambie sus paradigmas y se comprometa con este nuevo enfoque institucional; se ha aprendido que la calidad no es cuestión de uno sino de todos los integrantes de la institución y el principal cambio es darse cuenta que si se puede, que se puede atender bien a los usuarios sin importar su condición social, se ha aprendido que el principal insumo para trabajar con calidad es el recurso humano, y que de este depende en gran medida la satisfacción de nuestros usuarios, aunque también se necesita que estos empleados públicos cuenten con los recursos necesarios para poder ser productivos y mostrar los resultados esperados.

Dentro del aprendizaje organizacional se tiene contemplado capacitaciones sobre procesos, comunicados internos, informes de auditorías y resultados con el fin de fortalecer los resultados alcanzados.

Tabla 6 Flujoograma proceso de auditoría (PAMEC)

FLUJOGRAMA	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
<p>Definir el Programa de Auditoria de la Calidad</p>	Equipo PAMEC	Anual	ESE	Para optimizar los recursos y siguiendo la ruta crítica de la auditoria para el mejoramiento de la atención en salud.	Realizando el Programa Anual de Auditorias teniendo en cuenta para ello el Plan Estratégico Institucional, la Normatividad legal vigente, resultados de Auditorias previas, compromisos con entes de control, los que conforman los criterios de auditoria definidos por la entidad. Se utilizará para la programación el formato Programa De Auditorias .
<p>Defina el Plan de auditoría para los diferentes procesos seleccionados y priorizados Y lista de verificación</p>	Equipo PAMEC	De acuerdo a programación	Entidad	Para organizar el trabajo de auditoría de forma que se cumplan las metas.	Formulando los objetivos de la auditoría sobre los procesos priorizados, el alcance, (revisión y seguimiento al desempeño de los procesos mediante el cumplimiento de los estándares de calidad esperada, definiendo las técnicas de apoyo a utilizar, la identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, diseñando los formatos de registro, determinando el equipo ejecutor de la auditoria, cronograma de auditoría y demás aspectos administrativos.
<p>Ejecutar la auditoría</p>	Equipo de Auditores	De acuerdo a la programación	Entidad	Para dar cumplimiento al programa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizando Reunión con el área sujeto de Auditoria. (Debe informar al Jefe del Área y al equipo de trabajo del área sobre quienes realizarán la Auditoria, recordar el objetivo y alcance de la misma. Utilizando el formato Plan de Auditoria 2. Realizando verificación de la información y los registros de soporte de la Auditoria. 3. Registrando la información encontrada. (Medición) 4. Registrando la brecha entre la calidad esperada y la observada y formulando las recomendaciones correspondientes. (Comparación)
<p>Analizar y dar a conocer los resultados que arroje la verificación del plan de Auditoria al equipo involucrado</p>	Equipo Auditor	Una vez finalizada la auditoria del área	Entidad	Para proponer a la alta dirección del hospital los correctivos que permitan mejorar la calidad de la atención en salud.	Realizando informe general de los hallazgos encontrados a partir de la medición y la comparación del desempeño de los procesos auditados, debe contener como mínimo Proceso o procedimiento auditado, fecha de la auditoria, fecha del informe, objetivos, alcance, participantes, hallazgos u observaciones, acciones a implementar, responsable. Los ajustes deben quedar consignados en formato.

FLUJOGRAMA	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
<p>Determinar las medidas correctivas y formular el plan de mejoramiento</p>	Equipo de Mejoramiento	Una vez conocido y socializado el informe final de auditoría	En el Área auditada	Con el fin de propender por el autocontrol y el mejoramiento continuo	Implementando el modelo de mejoramiento
<p>Realizar el seguimiento y evaluación de la ejecución del plan</p>	Equipo PAMEC	Mensual	ESE	Para medir la eficacia y efectividad de la auditoría	Realizando verificación del cumplimiento de las acciones correctivas o preventivas implementadas por parte de los responsables del proceso o procedimiento. Realizar el registro del seguimiento a la eficacia y efectividad de las acciones implementadas en el plan de acción del modelo de mejoramiento. Realizando cierre del ciclo de Auditoría una vez realizado el seguimiento a la eficacia y efectividad de las acciones implementadas.

7. PLAN DE CONTINGENCIA

En caso de presentarse problemas que lleven a retrasos en el cumplimiento del programa se tomaran las siguientes medidas:

Dividir el plan en etapas centradas en tareas

Es preciso dividir el plan en una serie de tareas y sub-tareas que se puedan medir en horas de trabajo. Existen muchas técnicas que se pueden utilizar para distribuir las cargas de trabajo dentro de las personas del equipo, pero específicamente para proyectos destinados a cerrar las brechas en el sistema de calidad, una descomposición de tareas o desglose de trabajo, suele ser el ideal.

Así, cada paso cuenta con unas directrices que seguir y además proporciona una representación visual del proyecto para saber qué recursos se deben asignar, dónde y cuándo

Estimar los tiempos para el cumplimiento de cada tarea

No existe forma para determinar con precisión cuánto tiempo lleva cada tarea. Pero podemos estimar su duración potencial basándonos en la experiencia pasada, el conocimiento de los miembros más experimentados del equipo o la orientación de consultores expertos.

Identificar recursos internos cualificados y calcular su disponibilidad

Es en este punto en donde obtenemos una estimación del alcance del proyecto y en donde la atención se centra en los recursos. Hay que evaluar las habilidades y capacidades de los miembros del equipo de calidad en relación con las tareas que se les han asignado.

Es necesario asegurarse de que estas personas cuentan con la capacitación requerida y están disponibles durante el tiempo que se necesita. Si se identifican riesgos para seguir la programación, se pueden mitigar a través de un plan de contingencia de recursos. Como en el paso anterior, es recomendable utilizar datos de proyectos anteriores para formular sus estimaciones.

Destine tiempo

Antes de concluir la evaluación de recursos necesarios para cerrar las brechas en el sistema de calidad, hemos de tener en cuenta el tiempo que los miembros del equipo necesitan para hacer el trabajo. En general, como precaución, el tiempo destinado debe ser al menos un 15 % adicional del inicialmente estimado para cada tarea.

Determinar las necesidades de recursos externos

A medida que las habilidades y competencias se asocian con los nombres, y los nombres se asocian con las tareas del proyecto, podemos encontrar necesidades que deben ser suplidas a través de un recurso contratado.

Es preciso identificar y destacar las áreas en donde los recursos internos no están cualificados o no están disponibles debido a conflictos de programación. En cada una de estas áreas, podemos considerar algunas preguntas críticas para escoger a alguien externo al equipo:

¿Qué operaciones específicas necesitan apoyo?

¿Qué habilidades, capacidades o experiencia son esenciales para garantizar que esas operaciones puedan recibir un soporte adecuado?

¿Qué requisitos específicos existen para el proceso, el equipo o el proyecto en cuestión?

¿Qué cualidades, capacidades o experiencia específicas debe tener un especialista para satisfacer estos requisitos?

¿Qué actividades de capacitación e incorporación serán necesarias para este especialista antes de que pueda comenzar a trabajar?

¿Se ajusta este especialista al cronograma y al presupuesto?

¿Se ha contabilizado la capacitación y la incorporación en el presupuesto y en los plazos?

Revisar las estimaciones totales y ajustar en los puntos en que sea necesario

Cuando estamos seguros de disponer del esfuerzo necesario para llevar a cabo cada tarea, debemos hacer una estimación general, para ver si algo no parece correcto y regresar sobre ello. Si el líder del equipo tiene la impresión de que la estimación es demasiado alta y no se siente cómodo argumentándola, tiene más trabajo por hacer. Hay que conseguir que el plan parezca razonable y que todas las cifras se puedan defender y argumentar.

8. REPORTE DE INDICADORES

El reporte de indicadores se realiza, de acuerdo a lo establecido en la circular externa 012 de 2016, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, por la cual se hacen adiciones, eliminaciones, y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparte las instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y el sistema de información para la calidad. En concordancia con lo anterior la ESE BELLOSALUD realizara el reporte de la aplicación del PAMEC, según lo dispuesto en el anexo técnico – archivo tipo N° ST002, con una periodicidad anual, con fecha de corte a 31 de diciembre y fecha de reporte 28 febrero.

La ruta para el cargue de la información es la siguiente: - En el explorador buscar la página de la Superintendencia Nacional de Salud - Ir al sitio para vigilados - Escoger Reporte de Circular Única - Ingrese al nuevo Sistema de Recepción y Validación de Archivos (Nrvcc) - Ingrese con usuario y contraseña para validación y cargue de la información.

ARCHIVO	PERIODICIDAD	FECHAS DE CORTE	FECHAS DE ENVÍO
ST0002	Anual	Diciembre 31	Febrero 28

9. ANEXOS

9.1. GUÍA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA

9.1.1. Programación De Auditorías

El equipo PAMEC anualmente realiza el programa de auditorías a los procesos del Hospital, de manera que en el transcurso del año se audite al menos una vez cada proceso. El programa de auditorías se registra en el Formato Programa de Auditorías en el cual se consignan:

- El objetivo
- Alcance del programa
- Responsable
- Recursos necesarios
- Las auditorías a realizar en el período
- El auditor o equipo de auditores
- Auditados
- El cronograma de las auditorías,

El programa de auditorías se presenta al Comité de Control Interno para su revisión y posterior aprobación por parte de la Gerencia del Hospital. El programa aprobado debe darse a conocer, por los auditores, a todos los responsables de los procesos, de manera que lo incluyan en la programación de actividades de cada área.

Semestralmente el Comité de Control Interno evalúa el cumplimiento del programa de auditorías, el adecuado manejo y mantenimiento de los registros, y el cumplimiento del procedimiento; de acuerdo a esta evaluación se definen las acciones correctivas, preventivas y de mejora necesarias para lograr la eficacia y eficiencia de la programación de las auditorías.

Los registros del programa de auditoría se conservarán los originales en el archivo administrativo del Hospital.

9.1.2. Planeación De Las Auditorías Internas

Previo a la realización de cada auditoría el grupo PAMEC, elabora el plan de auditoría, el cual se registra en el Formato Plan de Auditoría Interna. En este debe quedar consignado:

- El objetivo
- Alcance de la auditoría
- Los criterios de la auditoría y documentos de referencia
- El nombre del o los auditores internos, identificando al auditor líder
- La agenda, fecha y lugar de la Auditoría, duración estimada de cada una de las actividades

- Observaciones

Este plan se envía a los auditados, ocho días calendario antes de la fecha programada con el fin de acordar horas y fecha de la auditoría, definir el canal de comunicación con el representante del proceso a auditar, solicitar el acceso a la documentación y registros pertinentes y definir la necesidad de recursos específicos para la auditoría. Una vez concertado se firma como constancia de aprobación por el responsable del proceso y el auditor líder. Cualquier diferencia entre el auditor, los auditados debe resolverse antes de continuar con la auditoría.

Cuando la auditoría sea realizada por un equipo auditor, el auditor líder debe asignar las tareas de auditaje a los demás auditores, teniendo en cuenta que haya independencia con el proceso a auditar.

Antes de realizar la auditoría el o los auditores pueden revisar la documentación pertinente al proceso a auditar con el fin de verificar su suficiencia.

El o los auditores deben antes de la auditoría preparar los documentos de trabajo, que pueden ser la lista de Verificación y otros documentos donde se registren las actividades de la auditoría o soportes a los hallazgos. Estos documentos se pueden conservar hasta que se presente el informe final de la auditoría o hacer parte del mismo.

9.1.3. Ejecución De La Auditoría

El día fijado para la auditoría el o los auditores realizan las siguientes actividades:

Reunión de Apertura: Es una reunión de los auditores con los responsables de proceso a auditar con el fin de confirmar la agenda de auditoría, presentar un breve resumen de cómo se va a realizar la auditoría, confirmar los canales de comunicación y resolver las inquietudes de los auditados. La reunión de apertura puede remplazarse por la información previa a la entrevista cuando la auditoría se realiza a una sola persona.

Recopilación y Verificación de la Información a través de entrevistas con el o los auditados, verificación de los registros y evidencias de la implementación, seguimiento y medición del proceso; basado en un muestreo apropiado; esta verificación también puede incluir la observación directa del desarrollo de las actividades del proceso. Para esto se utiliza el *Formato Lista de Verificación y, Formato Verificación de Adherencia a Guías*, y demás documentos de trabajo del auditor.

Generación de Hallazgos de la Auditoria, el auditor evalúa la evidencia frente a los criterios de auditoria indicando su conformidad o las oportunidades de mejora, hace una redacción concisa, clara y objetiva de los hallazgos.

Reunión de Enlace: La realiza el equipo auditor con el fin de consolidar los hallazgos, zanjar cualquier diferencia con relación a ellos, prepara las conclusiones y las recomendaciones de mejora antes de la reunión de cierre. Cuando la auditoría la realiza un solo auditor se utiliza el espacio para preparar la presentación de los hallazgos.

Reunión de Cierre, al finalizar la auditoría se realiza reunión con los auditados para informarles los hallazgos de manera que sean comprendidos y reconocidos, lo mismo que concertar la fecha de seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora. Si se presentan discrepancias con relación a los hallazgos se debe tratar de resolverse en la reunión, sino se logra acuerdo dejarse registradas en el *Informe Final de Auditoría*. En ese mismo espacio se hace entrega, a los auditados, formato de evaluación del equipo auditor para su diligenciamiento.

9.1.4. Elaboración del Informe Final de Auditoría

El Auditor Líder prepara un informe completo de la auditoría, conciso, preciso y claro utilizando el Formato Informe Final de Auditoría; el cual debe incluir lugar y fecha donde se realizó la auditoría, proceso auditado, la identificación de los auditados, la identificación de auditor o auditores, el objetivo, el alcance, metodología de la auditoría, criterios, revisión del informe anterior, aspectos relevantes, aspectos a mejorar, los hallazgos identificando el requisito que se incumple y las observaciones; las divergencias encontradas con los auditados se registran en observaciones y por último las conclusiones, el informe es firmado por el auditor líder o el auditor en caso de ser uno solo. El informe final de auditoría se presenta a la Gerencia para su revisión y copia al coordinador del área o al responsable del proceso.

9.1.5. Elaboración del plan de mejoramiento:

Los responsables de los procesos revisan el informe de la auditoría máximo en 8 días calendario posterior a la recepción del informe y definen el Plan De Mejoramiento en el cual se consignan las acciones correctivas, preventivas o de mejora, la fecha de ejecución, el responsable, la fecha, lugar, propósito de la actividad, pautas para la realización de las actividades y seguimiento a la eficacia de las acciones.

9.1.6. Seguimiento a los Resultados de la Auditoría:

El auditado es el responsable por la implementación de las acciones correctivas y preventivas o de mejora acordada en el Plan De Mejoramiento.

La verificación de la implementación del plan de mejoramiento se realiza por los auditores en la próxima auditoría del proceso o antes de acuerdo a su impacto sobre el mismo.

9.2 Auditoria a historias clínicas

Actividad	Descripción
Determinar la Muestra a Evaluar	El auditor medico selecciona la muestra de historias clínicas
Recolección y análisis de la Información	<p>Una vez seleccionada la muestra el grupo auditor aplica los instrumentos de evaluación de los criterios técnico-científicos y criterios administrativos según formato anexo a este documento.</p> <p>De cada auditoría se obtiene un resultado cualitativo y cuantitativo por cada servicio y /o profesional de salud el cual se consigna en el Informe final de auditoría</p>
Presentación de resultados	Los resultados de la auditoría se presentan a la Gerencia y al Comité de Historias Clínicas. De este análisis se establece un plan de Mejoramiento
Retroalimentación a los profesionales	<p>Los resultados de la auditoría de salud, las recomendaciones y los planes de mejoramiento son presentados a los profesionales por parte de los Auditores.</p> <p>El auditado es el responsable por la implementación de las acciones correctivas y preventivas o de mejora acordada en el Plan De Mejoramiento.</p> <p>La verificación de la implementación del plan de mejoramiento se realiza por los auditores en la próxima auditoria del proceso o antes de acuerdo a su impacto sobre el mismo.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 1011 de 2.006, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.
2. Resolución 256 de 2.016: Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo.
3. Resolución 3100 de 2.019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
4. Circular 012 de 2016: por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.
5. Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.1.3 Definiciones. Para efectos 2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
6. Resolución 5095 de 2018: Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1
7. ISO 19011 de 2018, Directrices para la Auditoría Interna de los sistemas de Gestión.

CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
VERSIÓN	FECHA	CAMBIOS
01	10 de Mayo de 2009	Creación del Procedimiento
02	4 de octubre de 2011	Revisión del proceso y actualización del mismo
03	Octubre de 2012	Actualización del manual cronograma de implementación y normatividad resolución 123 de 2012
03	Julio de 2013	Actualización de normatividad Resolución 1441 de 2013
03	Octubre de 2013	Actualización definición de la calidad esperada
03	Agosto de 2014	Actualización de procesos prioritarios y normatividad

CONTROL DE ACTUALIZACIONES		
VERSIÓN	FECHA	CAMBIOS
03	Mayo de 2016	No se hacen cambios, solo revisión en normatividad vigente.
03	Febrero de 2017	Actualización de procesos prioritarios. Actualización de los estándares priorizados
04	Junio 2018	Actualización de procesos prioritarios. Actualización de los estándares priorizados
05	mayo 2019	Actualización de normatividad, inclusión de modelo por procesos, actualización de metodología
06	Junio 2020	Actualización de Normatividad y Logo
06	Junio de 2021	Actualización de la Normatividad
07	Marzo de 2022	Inclusión del cronograma PAMEC Inclusión del equipo de mejoramiento
08	Marzo de 2023	Actualización Normatividad Actualización Glosario Inclusión del cronograma PAMEC Inclusión del equipo de mejoramiento
09	Abril de 2023	Actualización de la capacidad instalada Inclusión del cronograma PAMEC Inclusión del equipo de mejoramiento
10	Abril de 2024	Actualización portafolio
11	Noviembre de 2024	Cambio del alcance Se incorpora el numeral 7 Se actualiza cronograma de la ruta de critica Se incorpora índice Se actualiza numeral 6.1 – 6.2 Se cambia de logo Se actualiza portafolio de servicios