



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

305

RESOLUCION No 85

Por medio de la cual se adopta **EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD "PAMEC 2013-2015.**

La Gerente de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de Neiva, en uso de sus facultades legales y estatutarias y,

CONSIDERANDO

Que la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de Neiva, es una empresa del orden territorial, con autonomía técnica y administrativa, que presta los servicios de salud en el primer Nivel de atención, comprometida con la implementación de una política de calidad, soportada en el **SISTEMA OBLIGATORIO DE LA CALIDAD EN SALUD**, reglamentada por el decreto 1011 de 2006, con sus cuatro componentes de habilitación, los cuales fueron establecidos mediante la resolución 1043 de 2006, del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, de acreditación establecida mediante la resolución 1446 de 2006 y del sistema de información para la calidad, implementada mediante la resolución 1445 de 2006.

Que la misión de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de Neiva, propende por prestar servicios de salud con calidad y calidez, para mejorar las condiciones de salud de los neivanos.

Que la resolución 123 del 26 de Enero de 2012, modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, y establecen los estándares de acreditación dirigidos hacia 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

Que la resolución 1043 de 2006 exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución

Que El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como *"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.

Que el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC "es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad."

Que el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

Que el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), se define como un componente de Auditoría Interna, obligatorio para la entidades publicas y para todas el personal que laboral en la institución.

Que es obligación de la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva, adoptar el PAMEC.

Conforme a todo lo anterior:

RESUELVE

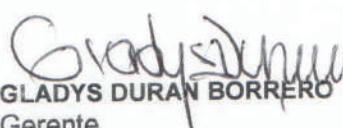
ARTICULO PRIMERO: adóptese **EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD "PAMEC 2013-2015**, para la E.S.E Carmen Emilia Ospina de Neiva.

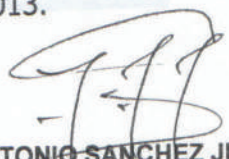
ARTICULO SEGUNDO: Socialícese con todo el personal que labora en la E.S.E.

ARTICULO TERCERO: la presente resolución rige a partir de su suscripción.

NOTIFIQUESE

Dado en Neiva a los 22 días del mes de abril de 2013.


GLADYS DURAN BORRERO
 Gerente


DUBER ANTONIO SANCHEZ JIMENEZ
 Gestor Jurídico

353

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

ESE CEO GC 23

Neiva, 17 de Abril de 2013

Doctora
GLADYS DURAN BORRERO
Gerente
ESE CARMEN EMILIA OSPINA
Ciudad

Empresa Social del Estado
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

Fecha: 17-abril-13
Hora: 8:50 PM
No. Radicación
Destino: OJBA-S
Visto a:

ASUNTO: ADOPCION PAMEC 2013 - 2015

Cordial saludo,

Mediante Comité Ampliado de Calidad, realizado el 16 de Abril de 2013, en el cual se efectuó la socialización de la Matriz de Calidad Esperada, Indicadores, Responsables y Cronograma de Seguimiento a actividades de mejora del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2013 - 2015, el cual fue aprobado por el equipo líder de procesos de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, para su ejecución. Por lo anterior, se solicita adopción mediante administrativo gerencial, con el propósito de realizar la radicación ante la Secretaria de Salud Departamental.

Lo anterior, para fines y trámites pertinentes.

Cordialmente,


GUILLERMO BONILLA ESCOBAR
Coordinador de Calidad

Ginna M.

352



DOCUMENTO DE APOYO

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 1 de 40	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

85

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD -PAMEC 2013-2015

ESE CARMEN EMILIA OSPINA

Dra. GLADYS DURAN BORRERO
GERENTE

351



DOCUMENTO DE APOYO

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 2 de 40	

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	Pág. 3
1. DESCRIPCION GENERAL DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA	4
2. MARCO NORMATIVO	14
3. MARCO OPERATIVO	17
3.1. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC 2013 - 2015.	17
3.2. DEFINICIÓN DE AUDITORIA	17
4. OBJETIVO GENERAL DEL PAMEC	22
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PAMEC	23
5.1. METAS	24
6. RESPONSABLES DEL PAMEC	24
7. METODOLOGIA, DESARROLLO E MPLEMENTACION DEL PAMEC	25
7.1. AUTOEVALUACION	27
7.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	30
7.3. PRIORIZACION DE PROCESOS	31
7.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA E INDICADORES	32
7.5. FORMULACION Y EJECUCION DEL PLAN PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS.	33
7.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	36
7.7. APRENDIZAJE INSTITUCIONAL	37
ANEXOS	38
BIBLIOGRAFIA	39

350



DOCUMENTO DE APOYO

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 3 de 40	

INTRODUCCION

Para dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y en concordancia a los objetivos estratégicos de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA que propenden por la satisfacción del usuario, la disminución de los riesgos y la utilización eficiente de los recursos económicos se hace necesario el desarrollo de un programa para el mejoramiento continuo de la Calidad.

Es así como se crea un documento para facilitar la labor de evaluación y mejoramiento de la atención que reciben todos los usuarios de nuestra institución, diseñando un programa de auditoría con el fin de analizar los servicios prestados y buscar estrategias que ayuden a mejorar los mismos. Este Manual es el inicio de la creación de una Cultura de la Calidad Empresarial la cual se pretende implementar en la entidad a mediano y corto plazo, involucrando a todos los funcionarios de la Empresa desde la Dirección hasta los Servicios de Apoyo, conociendo de antemano que tendrá que recorrer un largo camino antes de lograr este gran objetivo.

Con la elaboración de este manual se pretende establecer en forma macro una serie de objetivos a cumplir con un mínimo de cualidades que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud en las instituciones propias, así como en sus procesos administrativos que tienen que ver con los usuarios tanto internos como externos ; de igual manera nos suministra las políticas de Calidad a implementar con la finalidad de incrementar la eficacia, y la eficiencia de las actividades para alcanzar la optimización de los recursos, minimizar los costos y maximizar las ganancias que conlleven a alcanzar los resultados esperados y posicionarse de esta forma en el mercado de la libre competencia. La ESE precisara en forma clara el proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones y mecanismos de auditoría, mediante su Manual de Auditoria para el mejoramiento



DOCUMENTO DE APOYO

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 4 de 40	

de la calidad de los servicios de salud (PAMEC) al igual que las acciones y mecanismos correctivos para solucionar eventos no previstos con las diferentes patologías.

1. DESCRIPCION GENERAL DE LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA

PRESENTACION

La Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina, nació jurídicamente el 30 de Diciembre de 1.999, creada mediante Decreto Número 472 emanado de la Alcaldía Municipal de Neiva, debidamente facultado por Acuerdo del Honorable Concejo Municipal, es una Entidad Pública descentralizada por servicios, del Orden Municipal, dotada de Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa , adscrita a la Dirección Local de Salud e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.



DOCUMENTO DE APOYO

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 5 de 40	

Los servicios ofertados en nuestra institución son los siguientes:

ZONA	CENTRO DE SALUD	SERVICIO	No. DISTINTIVO DE HABILITACION	
SUR	IPC	MEDICINA GENERAL	161107	
		ODONTOLOGIA GENERAL	161427	
		SERVICIO URGENCIAS	162005	
		VACUNACION	162249	
		PLANIFICACION FAMILIAR	113245	
		TOMA DE MUESTRAS	112242	
		SERVICIO FARMACEUTICO	162059	
		PROMOCION EN SALUD	112246	
		ATENCION PREVENTIVA HIGIENE ORAL	113244	
		ENFERMERIA	133242	
		TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	133243	
		TOMA RADIOLOGIAS ODONTOLOGICA	113243	
		TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO C	277909	
		CITOLOGIA CERVICO UTERINA	113247	
		ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL	113248	
	SANTA ISABEL	PROMOCION EN SALUD	113250	
		SERVICIOS FARMACEUTICOS	277910	
		MEDICINA GENERAL	161108	
		ODONTOLOGIA GENERAL	161428	
		ENFERMERIA	133244	
		VACUNACION	162250	
		TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO	133245	
		PLANIFICACION FAMILIAR	113249	
		CAGUAN	CONSULTA EXTERNA	
			MEDICINA GENERAL	161106
	ODONTOLOGIA GENERAL		161426	
	SERVICIO FARMACEUTICO			
	VACUNACION		162248	
	ORIENTE	PALMAS	LABORATORIO CLINICO	161008
			PROMOCION EN SALUD	113258
PLANIFICACION FAMILIAR			113257	
TOMA MUESTRAS CITOLOGIAS			113255	
MEDICINA GENERAL			161111	
ODONTOLOGIA GENERAL			161430	
ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL			113256	
VACUNACION			162253	
ENFERMERIA			133249	
SERVICIO DE URGENCIAS			162010	
SERVICIOS FARMACEUTICOS			277907	
SIETE DE AGOSTO			MEDICINA GENERAL	161109
			ODONTOLOGIA	161429
			ENFERMERIA	133246
			TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	133247
		VACUNACION	162252	
		SERVICIO DE URGENCIAS	162006	
		PLANIFICACION FAMILIAR	113253	
		ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL	113252	
		PROMOCION EN SALUD	113254	
		TOMA MUESTRAS LABORATORIO CLIN	113248	
		TOMA MUESTRAS CITOLOGIAS CERV	113251	
		HOSPITALIZACION		
GENERAL ADULTOS		277903		
GENERAL PEDIATRICO		277904		
SERVICIO DE FARMACIA		277906		
ULTRASONIDO		277905		



DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	GC-S3D1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC		VERSION	3
		VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 6 de 40			

ZONA	CENTRO DE SALUD	SERVICIO	No. DISTINTIVO DE HABILITACION
ORIENTE	VEGALARGA	MEDICINA GENERAL	161105
		ODONTOLOGIA GENERAL	161425
		VACUNACION	162247
		TAB	277908
NORTE	EDUARDOS SANTOS	MEDICINA GENERAL	161102
		ODONTOLOGIA GENERAL	161423
		ENFERMERIA	133239
		VACUNACION	162244
		SALUD ORAL	113239
		PLANIFICACION FAMILIAR	113240
		P Y P	113241
		TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	133240
		TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL	113238
		SERVICIO FARMACEUTICO	277894
		MEDICINA GENERAL	161101
		ODONTOLOGIA GENERAL	161422
	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	161923	
	SERVICIOS FARMACEUTICOS	162058	
	ATENCION PREVENT SALUD HIGIENE ORAL	113235	
	PLANIFICACION FAMILIAR	113236	
	SERVICIO DE URGENCIAS	162004	
	PROMOCION EN SALUD	113237	
	TOMA DE MUESTRAS DE LAB CLINICO	133288	
	OBSTETRICIA	161367	
	VACUNACION	162243	
	TOMA DE CITOLOGIAS	113234	
	ENFERMERIA	133237	
	TAB	277893	
	MEDICINA GENERAL	161104	
	ODONTOLOGIA	161424	
	VACUNACION	162246	
	SERVICIO DE FARMACIA	277902	
	TAB	277901	
	MEDICINA GENERAL	277895	
	ODONTOLOGIA GENERAL	277896	
	VACUNACION	277897	
	SALUD E HIGIENE ORAL	277898	
	PLANIFICACION FAMILIAR	277899	
	PROMOCION EN SALUD	277900	
	MEDICINA GENERAL	161103	
	TOMA DE MUESTRAS	133241	
	VACUNACION	162245	
	CRUE		277911

346



DOCUMENTO DE APOYO

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 7 de 40	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

MISION

Prestar servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Neiva, con talento humano idóneo, comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y protección al medio ambiente; brindando atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades

VISION

En el año 2020 seremos reconocidos como empresa competitiva, sostenible social y económicamente, promoviendo desarrollo empresarial hospitalario, en armonía con el medio ambiente; ofreciendo un modelo de atención integral de baja y mediana complejidad, haciendo énfasis en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocada en la seguridad del paciente y humanización del servicio.

POLITICA DE CALIDAD

La ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva se compromete en el mejoramiento continuo de sus procesos, recurso humano, científico y tecnológico y la adecuación de la capacidad instalada apoyados en la implementación de un sistema de gestión de calidad, dando solución a la necesidades de los usuarios, con oportunidad integralidad y accesibilidad a los servicios cumpliendo los requisitos de ley, los acordados o establecidos por los clientes al sistema de gestión y demás, identificados como indispensables, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población neivana mediante la prestación de servicios de salud de bajo nivel de complejidad.

345



DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	GC-S3D1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC		VERSION	3
		VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 8 de 40			

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Desarrollar estrategias que permitan articulación de las actividades en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).
- Prestar los servicios de salud con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad garantizando un modelo de atención integral.
- Garantizar mediante el adecuado manejo gerencial, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado, ESE Carmen Emilia Ospina.
- Fortalecer la capacidad organizacional y empresarial de la ESE Carmen Emilia Ospina, que responda a las expectativas y necesidades reales de la población Neivana.
- Garantizar coberturas útiles que generen el impacto esperado en el mejoramiento de la condiciones de Salud, el bienestar de los usuarios y por ende la Calidad de vida de los Neivanos.
- Garantizar la atención preferente, diferencial y prioritaria a población infantil, adolescente y aquellos con vulnerabilidad y víctimas de la violencia.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Eficiencia:** Hará parte de nuestro desarrollo empresarial, como Empresa Social del Estado, la prestación de servicios teniendo como base, la optimización y oportunidad garantizando la máxima calidad a los usuarios.
- **Universalidad:** Atenderemos a todos los usuarios que requieran de nuestros servicios, de acuerdo a nuestra capacidad Técnico -científica, sin distinción de raza, credo, costumbres u otras características culturales del medio.

344



DOCUMENTO DE APOYO

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 9 de 40	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

- **Solidaridad:** Estaremos prestos a las eventualidades, catástrofes o emergencias que puedan suceder, proporcionando a la población del municipio de Neiva la atención a la cual tiene derecho, con los recursos humanos y tecnológicos disponibles cualquiera sea su capacidad económica.
- **Participación Social:** Los clientes internos y externos, contribuirán en alto grado a la consecución de nuestros objetivos, buscando implementar estrategias y mecanismos para que mancomunadamente logremos el bienestar de las personas y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.
- **Igualdad.** El acceso a los servicios de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina, se garantizaran sin discriminación respetando las razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica.
- **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud será obligatoria para todos los residentes en el municipio de Neiva. Será obligatoria la atención inicial de urgencias a todos los usuarios independiente de su situación de aseguramiento al sistema General de seguridad social.
- **Prevalencia de Derechos:** Estaremos prestos a cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo, niños, niñas, adolescentes, adulto mayor, y población vulnerable victima de la violencia, respetando sus derechos.
- **Enfoque Diferencial:** Reconoceremos las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.



DOCUMENTO DE APOYO

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 10 de 40	

- **Equidad:** Garantizaremos el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos.
- **Calidad:** Los servicios de salud que prestaremos a nuestros usuarios, serán de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- **Progresividad:** Nuestros usuarios serán atendidos con calidad y referenciados de ser necesario, de acuerdo al Plan de Beneficios y la red de prestadores.
- **Libre Escogencia:** Garantizaremos como parte integral de la red de Prestadores de Servicios de Salud, servicios con calidad, en cada una de las instalaciones físicas y espacios extramurales ofertados , que hagan parte de infraestructura de la ESE y que demanden nuestros usuarios
- **Sostenibilidad:** Las prestaciones de servicios de salud se garantizaran de acuerdo a la contratación con las diferentes EPS que operan el municipio de Neiva, y los convenios y contratos interadministrativos que se suscriban con entidades territoriales de carácter central y descentralizadas del orden Municipal, Departamental y Nacional
- **Transparencia:** Las políticas y condiciones de prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina serán públicas, claras y visibles ajustadas a la normatividad vigente que rige para estas empresas sociales del estado en materia de contratación, calidad y gestión pública

312




DOCUMENTO DE APOYO

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 11 de 40	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

- **Descentralización Administrativa:** La ESE Carmen Emilia Ospina, es una institución prestadora de servicios de salud, de carácter público, descentralizada del orden Municipal, que comparte objetivos comunes con las direcciones territoriales de salud. y otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **Complementariedad y Concurrencia:** Se propiciará a los usuarios, la posibilidad de acceder mediante el sistema de referencia y contrarreferencia a los distintos niveles de atención, garantizando así la complementariedad de las acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Corresponsabilidad:** Los usuarios de la ESE, deben propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.
- **Irrenunciabilidad:** Todos los habitantes del Municipio de Neiva tienen el derecho a la seguridad social en salud, del cual no puede renunciarse ni total ni parcialmente.
- **Intersectorialidad:** La ESE, trabajara de manera conjunta y coordinada con los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, intervienen y afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
- **Prevención:** Se garantizara un enfoque con énfasis en la promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, lo que permitirá la

341

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Trabajamos Brindando Salud y Calidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	GC-S3D1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC		VERSION	3
			VIGENCIA	14/03/2013
			PÁGINA 12 de 40	

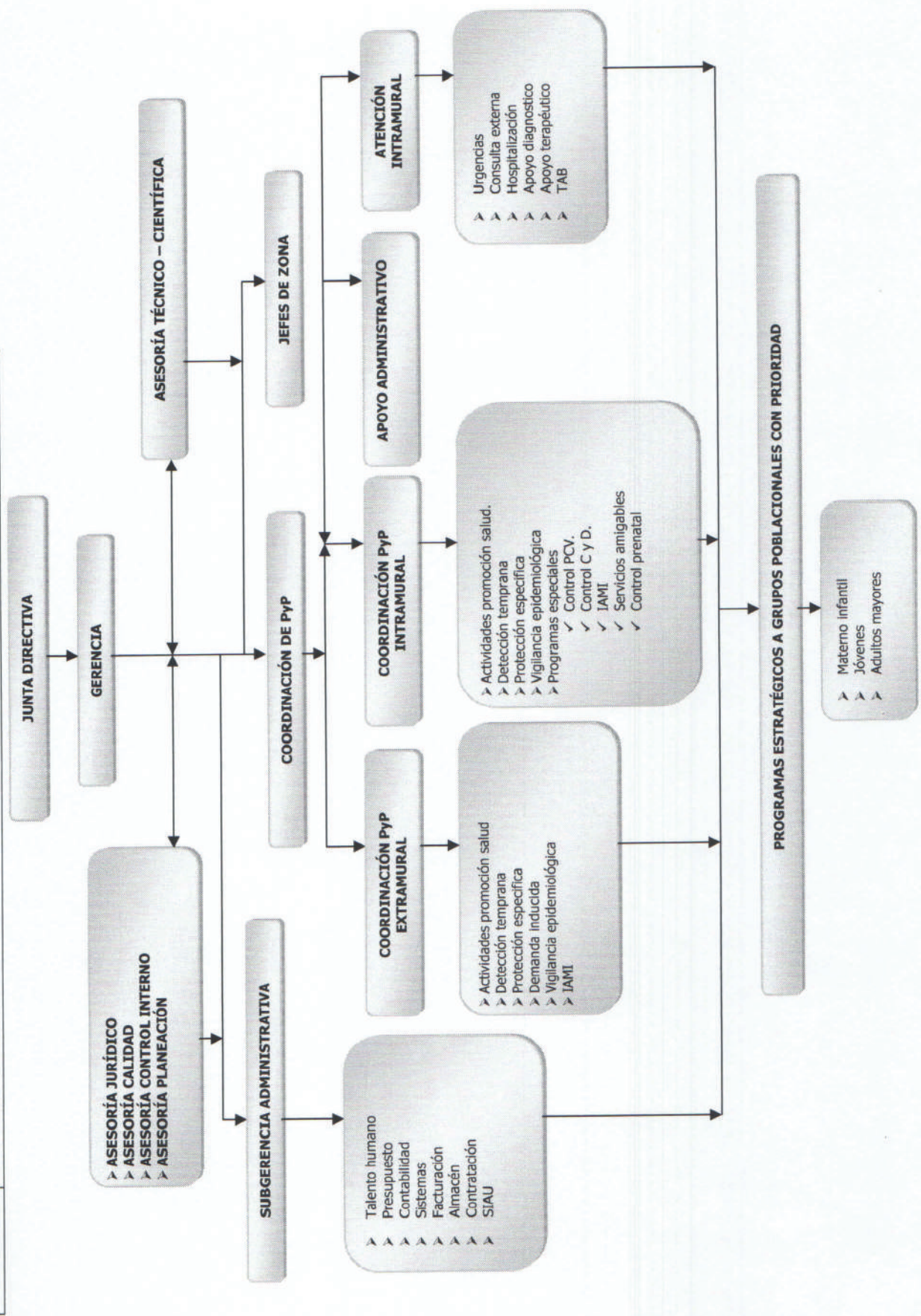
articulación de las acciones con todos los actores institucionales y comunitarios.


- **Continuidad:** La ESE Carmen Emilia Ospina, velara por la atención continua de los usuarios, en busca de garantizar la calidad de vida e integridad.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

LA ESE Carmen Emilia Ospina tiene un organigrama que en el momento no refleja la realidad administrativa y funcional de la empresa, por lo cual se presentara en este documento su estructura organizacional vigente y a partir de esta se rediseña un organigrama más funcional acorde con la realidad actual de la empresa, que posteriormente será objeto de aprobación por la junta directiva cuando medie un proceso de reorganización administrativa. La propuesta de estructura administrativa y funcional refleja la realidad actual de operación de los servicios de salud y el modelo de atención estructurado para su implementación.

DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	GC-S3D1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC		VERSION	3
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 13 de 40	



 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Trabajamos Brindando Salud y Calidad</p>	DOCUMENTO DE APOYO		CODIGO	GC-S3D1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC		VERSION	3
			VIGENCIA	14/03/2013
	PÁGINA 14 de 40			

2. MARCO NORMATIVO

✓ **Constitución Política de Colombia:**

- **Artículo 48:** Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD Y SOLIDARIDAD.
- **Artículo 49:** Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

✓ **Ley 100 de 1993:**

- **Artículo 153:** Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y **CALIDAD**. La **CALIDAD** Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- **Artículo 178:** Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: "Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- **Artículo 227:** Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 15 de 40	

✓ **Decreto 1011 de Abril 03 2006:**

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

✓ **Resolución 1043 de Abril 03 de 2006:**

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

✓ **Resolución 1446 de Mayo 08 de 2006:**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

✓ **Resolución 1445 de 2006:**

Por la cual se establece el Sistema Único de acreditación.

✓ **Resolución 1995 de Julio 08 de 1999:**

Por la cual se establecen las normas para el manejo administración y custodia de historias clínicas.

✓ **Resolución 2680 de Agosto 03 de 2007:**

Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

337



MANUAL	
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 16 de 40	

- ✓ Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007.
- ✓ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007.
- ✓ Decreto 1599 de 2005, por el cual se adopta el modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado.
- ✓ Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud para las IPS del sector público.
- ✓ Resolución 123 de Enero de 2012: Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1445 de 2006 , en su articulo 2.



MANUAL	
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 17 de 40	

3. MARCO OPERATIVO

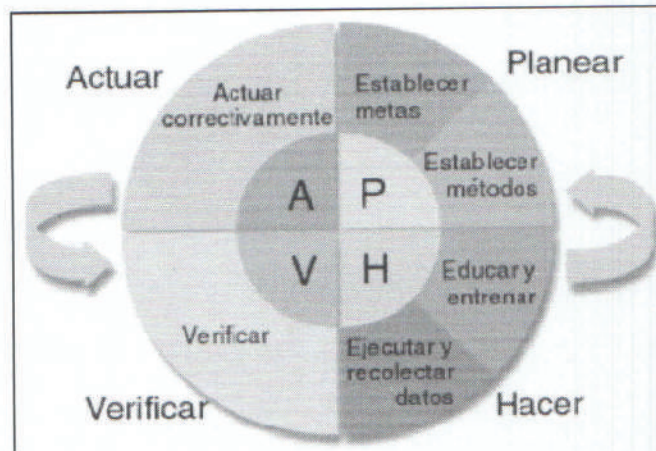
3.1. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC 2013 - 2015.

El PAMEC comprende varias etapas: Planeación, Ejecución, Recomendaciones de Soluciones y Seguimiento (Pautas MPS Versión 2007). El documento del PAMEC que debe adjuntar al Inscribirse en el Registro Único de Prestadores de Servicios de Salud, ante la SSDH corresponde a la etapa de Planeación.

3.2. DEFINICIÓN DE AUDITORIA:

El Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, define la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención de Salud como “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”.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un sistema de control, nos lleva a observar de manera nueva el control. El control se debe enfocar más que a detectar fallas en la institución, o elaborar una lista de fallas que se limitan a explicar por qué no funciona, es garantizar que los resultados estén centrados en el usuario y debe propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. El Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en salud se basa en el método gerencial PHVA el cual se representa a continuación y cuyo ciclo es un continuo en el tiempo, el cual comprende las siguientes etapas: **planear, ejecutar, evaluar y realizar acciones de mejoramiento, bajo el enfoque sistémico:**



El definir la Auditoría para el mejoramiento de la calidad como un componente de mejoramiento continuo en nuestra institución implica entre otros:

- Que sus acciones se orientaran hacia la obtención de resultados centrados en la satisfacción de los usuarios.
- Que la evaluación de los procesos de atención este orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales esta correlacionado el proceso.
- Que las evaluaciones no se enfocaran hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.
- Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella, deben generar retorno, ojala medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores validos y confiables.
- Que su impacto se oriente hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables y promueva la internalización en el profesional y en



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD


CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 19 de 40	

la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluación y el autocontrol.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico que va inmerso en la misma prestación de servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares optimo, a través del cual la organización pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención, mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y optimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Igualmente es importante destacar que en el **PAMEC** de la **ESE CARMEN EMILIA OSPINA** se trabajaran los procesos que sean prioritarios de acuerdo a la priorización realizada y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas.

La auditoria por ser un instrumento eficiente para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, incluye la realización de una serie de acciones e intervenciones sistemáticas, continuas y deliberadas orientadas a prevenir, evitar o solucionar de manera oportuna y eficaz, situaciones que puedan afectar la obtención de los mayores beneficios en la salud de las personas.

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Trabajamos Brindando Salud y Calidad</p>	MANUAL	CODIGO	GC-56M1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 20 de 40	

Estas intervenciones para mejorar la calidad implican la realización de:

- Actividades de monitoreo, evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación sistemática entre la calidad observada y la calidad esperada (cumplimiento del estándar).
- La adopción de medidas y mecanismos tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que contempla el decreto 1011/06, se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria 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.
2. **Acciones de Seguimiento.** 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.
3. **Acciones Coyunturales.** 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

332



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-56M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 21 de 40	

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.

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA adoptara los indicadores que le permitan precisar y evaluar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento propuestas, lo cual permitirá lograr el alcance del estándar de acreditación (calidad Deseada) en sus procesos de atención. Teniendo en cuenta el monitoreo permanente y los resultados de los mismos se desarrollaran las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales a que haya lugar de tal forma que se corrijan las desviaciones encontradas y poder garantizar los niveles de calidad establecidos.

331



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 22 de 40	

4. OBJETIVO GENERAL DEL PAMEC

Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud, mediante el desarrollo de un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas orientadas a prevenir, evitar o solucionar de manera oportuna y eficaz, situaciones que puedan afectar la obtención de los mayores beneficios en la salud de los usuarios de los servicios de salud de la institución.



MANUAL		CODIGO	GC-56M1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 23 de 40			

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PAMEC

- Estructurar un sistema de evaluación permanente que permita la elaboración de acciones de mejora en busca de la calidad deseada centrada en el usuario y dentro de parámetros de humanización y seguridad en la atención.
- Facilitar procesos de mejoramiento continuo y la intervención de la cultura organización con miras a la obtención de la autogestión y el autocontrol.
- Incentivar acciones de seguimiento y mejoramiento continuo de la calidad de los procesos prioritarios que conduzcan al aprendizaje organizacional.
- Hacer seguimiento a la calidad de los procesos de atención definidos como prioritarios, a partir de los estándares y criterios de calidad establecidos y facilitar la aplicación de las medidas adoptadas para corregir las desviaciones.
- Fomentar la participación activa y responsable de los usuarios en el mejoramiento de la calidad de la atención y en el uso adecuado de los servicios de salud.
- Sentar las bases motivacionales, funcionales y estructurales para el mejoramiento efectivo y progresivo de la calidad, mediante la utilización de estándares de acreditación que permitan pasar de un nivel de calidad básico a niveles superiores.
- Mejorar la calidad en la atención en salud al usuario de la ESE Carmen Emilia Ospina aplicando los estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Disminuir o eliminar el riesgo en la prestación del servicio.



MANUAL		CODIGO	GC-S6M1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 24 de 40	

5.1. METAS

1. Cumplimiento gradual de los estándares de Acreditación
2. Generación de una cultura de calidad y seguridad en todos los procesos
3. Definición de los indicadores y estándares necesarios para la evaluación y control de todos los procesos del Hospital
4. Disponibilidad de un equipo humano responsable de la estrategia del mejoramiento continuo.
5. Minimización y control del riesgo relacionado con la prestación de servicios de salud, a través de la implementación de barreras de seguridad efectivas.

6. RESPONSABLES DEL PAMEC

CARGO
Gerente
Asesor Técnico-Científico
Asesor de Planeación
Coordinador de calidad
Audidores de Calidad
Subgerencia Administrativa
Jefes de Grupo por Zona Operativa
Asesor de Control Interno



MANUAL

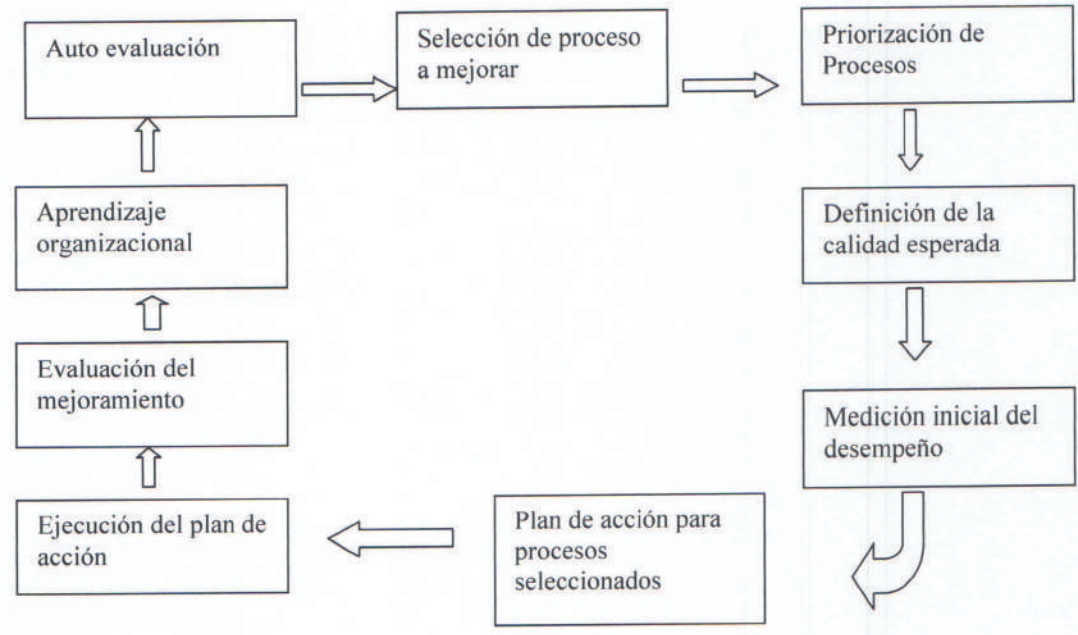
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 25 de 40	

7. METODOLOGIA, DESARROLLO E MPLEMENTACION DEL PAMEC

La formulación e implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, se realizo mediante la aplicación de la metodología establecida por el ministerio de protección social sobre "Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud", y teniendo en cuenta los estándares de acreditación de acuerdo a la resolución 123 del 26 de Enero de 2012.

RUTA CRÍTICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD



Teniendo en cuenta la asesoría y asistencia técnico brindada por la Secretaria de Salud Departamental del Huila, se estableció el cronograma a continuación el cual fue debidamente aprobado por comité de calidad.



DOCUMENTO DE APOYO

CODIGO	GC-S3D1
VERSION	3
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 26 de 40	

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD- PAMEC

QUE (Corresponde a cada uno de los 9 pasos de la ruta crítica)	COMO (Describe los métodos, medios y estrategias para la realización de la actividad)	PORQUE (Propósito de la actividad)	CUANDO		DONDE (Coloque el área, servicio, o proceso o ubicación donde se realiza la actividad)	QUIEN (Cargo de la persona responsable de la ejecución de la actividad)	SEGUIMIENTO O A 31 MARZO 2013		
			INICIO O (Fecha del Inicio de la Actividad MM/AAAA)	FIN (Fecha límite programada para cumplir con la actividad -MM/AAAA)			CUMPLE	NO CUMPLE	EN EJECUCION
SOCIALIZACIÓN Y REINDUCCIÓN A PAMEC	Inducción y Socialización de Pamec que es, como se hace)	Es necesario retroalimentar al comité de calidad y líderes de los procesos sobre aspectos como: Que es el Pamec, objetivos, y metodología para su adecuada implementación.	Dic. de 2012	Dic. de 2012	Sala de Juntas ESE CEO – Las Palmas	Líder de Área de Calidad	X		
		Conformar el grupo de autoevaluación e implementación del mismo.	Dic. de 2012	Dic. de 2012	Sala de Juntas ESE CEO- Las Palmas	Líder de Área de Calidad	X		
AUTOEVALUACIÓN	Calificación del cumplimiento de los estándares en las diferentes áreas de acuerdo a lo definidos en la resolución 123 del 26 de Enero de 2012 y de la resolución 1445 de 2006, anexo técnico No 2	Para identificar las fortalezas y oportunidades de mejora y establecer las acciones de mejora necesarias que conlleven al cumplimiento de los estándares.	Dic. de 2012	Dic. de 2012	Sala de Juntas ESE CEO – Las Palmas y demás sitios definidos por Gerencia	Grupo de Autoevaluación-Calidad-Área Técnico-Científica	X		
SELECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PRIORIZACIÓN	De acuerdo al Resultado obtenido por estándar.	Para priorizar los procesos críticos de acuerdo al impacto en la institución teniendo en	Enero de 2013	Febrero de 2013	Sala de Juntas de Palmas y demás sitios definidos por Gerencia	Comité de Calidad – grupo de autoevaluación	X		



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 27 de 40	

		los factores críticos de éxito.							
FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS (INCLUYE EL ANALISIS DE CAUSA RAIZ)	Formulación y realización de acciones para mejorar los procesos prioritarios según matriz 5W5h y teniendo en cuenta el ciclo PHVA	Para disminuir la brecha existente entre calidad esperada y calidad observada	Marzo de 2013	Diciembre de 2013	Sala de Juntas de Palmas	Comité de Calidad – grupo de autoevaluación			X
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Utilización de indicadores definidos y a través de comités institucionales	Para comprobar la efectividad del plan de mejoramiento	A partir de Junio de 2013	Bimensualmente hasta Diciembre de 2013	Sala de Juntas – Centro de Salud – Las Palmas	Comité de Calidad			X
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Socialización de resultados obtenidos a partir del proceso de evaluación y capacitación y entrenamientos permanentes	Para prevenir nuevas brechas entre la calidad esperada y la calidad observada	Enero de 2014	Febrero de 2014	Sala de Juntas – Centro de Salud – Las Palmas	Comité de calidad			X

7.1. AUTOEVALUACION

La autoevaluación se baso en estándares de acreditación de acuerdo a la Resolución 123 de 2012, contenida dentro del Decreto 1011 de 2006, La cual incluye los siguientes ejes: Gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, La seguridad del paciente, La humanización de la atención, La gestión de la tecnología, El enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.

325



MANUAL		CODIGO	GC-56M1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 28 de 40	

Metodología

- Se realizo capacitación de actualización de la normatividad de acreditación en salud con la Resolución 123 de 2012, explicando los criterios claves a tener en cuenta en cada una de los estándares a evaluar.
- Se nombro el grupo líder de autoevaluación de Acreditación, el cual realizo acompañamiento a los subgrupos de evaluación de los diferentes grupos de estándares de Direccionamiento Estratégico, Asistenciales y Apoyo.
- Se realizo cronograma de actividades con responsables asignados.
- Se cumplió el cronograma.
- Para cada estándar se identificaron, las fortalezas, los soportes de las fortalezas y las oportunidades de mejora propuestas para lograr el desarrollo de los requisitos de los estándares de acuerdo a los siguientes criterios
- Una vez finalizada esta etapa de análisis, se procedió a realizar la calificación de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la hoja radar del Sistema Único de Acreditación. Para el desarrollo de esta etapa se realizaron los siguientes pasos:
 - a. Leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.
 - b. Interpretar el estándar, aclarando el propósito y la finalidad de los requisitos, llegando a una interpretación por consenso.

22 y



MANUAL		CODIGO	GC-S6M1
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 29 de 40	

- c. Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa (Fortaleza, Soporte de la Fortaleza, Oportunidad de Mejora)

- d. Calificar el estándar - autoevaluación cuantitativa.

Ver anexo 1. Autoevaluación

323



MANUAL


PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-56M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 30 de 40	

7.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

De acuerdo al resultado de la autoevaluación se seleccionaron los siguientes procesos que alcanzaron una calificación inferior o igual a 1.32

	ESTANDAR	CALIFICACION	
ESTANDARES ASISTENCIALES	DERECHOS DE LOS PACIENTES	1,21	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,17	
	ACCESO	1,19	
	REGISTRO E INGRESO	1,40	
	NECESIDADES AL INGRESO	1,73	
	PLANEACION DE LA ATENCION	1,21	
	EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1,40	
	EVALUACION DE LA ATENCION	1,60	
	SALIDA Y SEGUIMIENTO	1,00	
	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	1,07	
	SEDES INTEGRADAS EN RED	1,47	
	CALIFICACION PROMEDIO	1,31	
	ESTANDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	1,30
		GERENCIA	1,57
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		1,14	
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO		1,28	
GESTION DE TECNOLOGIA		1,36	
GERENCIA DE LA INFORMACION		1,54	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		1,32	
CALIFICACION PROMEDIO		1,36	

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Trabajamos Brindando Salud y Calidad</p>	MANUAL	CODIGO	GC-S6M1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 31 de 40	

7.3. PRIORIZACION DE PROCESOS

Una vez seleccionados los procesos a mejorar se priorizaron mediante la siguiente matriz:

PRIORIZACIÓN			
Alto Riesgo	Alto Costo	Alto Volumen	Total
Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento	Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.	Alcance del mejoramiento / cobertura	Multiplicación de los 3 criterios anteriores
1 a 5	1 a 5	1 a 5	

Ver anexo 2. Matriz de Priorización

Criterios de Priorización

Se realiza priorización de las oportunidades de mejora, mediante la calificación realizada de acuerdo a los criterios de valoración definidos en la metodología del Ministerio de Protección Social, ahora Ministerio de Salud. Los rangos de calificación fueron los siguientes:

Riesgo, Costo y Volumen.

Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> Califique como 1 o 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 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 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



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 32 de 40	

Costo
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afecta levemente las finanzas y la imagen de la institución.
<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 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.

Volumen
<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 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 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos y externos.

Se priorizaron los estándares cuya calificación está entre 100 y 125 los cuales se encuentran semaforizados en color rojo en la matriz.

7.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA E INDICADORES

Teniendo en cuenta la autoevaluación realizada, se ha definido que la calidad esperada para la implementación del PAMEC, es la definida por los estándares de acreditación correspondientes a los procesos priorizados, es decir el cumplimiento de los estándares de acreditación.

Para el cumplimiento de los estándares es necesaria la realización de las acciones de mejoramiento propuestas con su respectivo indicador de monitoreo que nos permitirá la verificación y el seguimiento de la misma.

Ver Anexo 3. Calidad Esperada y Ficha de Indicadores

7.5. FORMULACION y EJECUCION DEL PLAN PARA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS.

El Plan de Mejoramiento de Calidad permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de las oportunidades identificadas en la autoevaluación. Se establecieron las acciones de mejora correspondientes realizándose el análisis de las mismas en el comité de calidad.

El plan de mejoramiento propuesto de acuerdo a la metodología propuesta por el Ministerio permite visualizar los siguientes aspectos:

Ver Anexo 4. Formulación y Seguimiento a la Ejecución

1. **Estándar/ Calidad Esperada:** Corresponde al estándar que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.
2. **Oportunidad de Mejora:** Corresponde la oportunidad de mejora que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.
3. **Priorización:** Resultado del análisis de priorización según la calificación de los criterios de riesgo, costo y volumen.
4. **Acciones de Mejoramiento:** Define las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora teniendo en cuenta que esta es una tarea puntual, muy operativa que indica el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 34 de 40	

5. **Barreras de Mejoramiento:** Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Son factores que se deben prever y controlar para que el plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.

6. **Proceso Responsable:** Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad


7. **Persona Responsable:** Cargo y nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.

8. **Cronograma:** Indica cuando se planea realizar la oportunidad de mejora.

9. **Recursos:** Valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía planeados.

10. **Seguimiento(s):** Indica el responsable y las fechas en las cuales se realizara seguimiento a la implementación del Plan.

11. **Indicadores de mejoramiento:** Los indicadores que se emplearan para evaluar el impacto del plan de mejoramiento se deben alinear con los atributos de calidad que en conjunto se impactarán positivamente: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Trabajamos Brindando</small> Salud y Calidad	MANUAL	CODIGO	GC-56M1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 35 de 40	

Los insumos básicos para realizar la formulación del Plan de Mejoramiento son:

- Las oportunidades de mejora priorizadas de la autoevaluación de estándares de acreditación.
- El resultado histórico del análisis de los indicadores, relacionados con los procesos prioritarios a mejorar, especialmente aquellos que presentan brechas importantes frente a la obtención de resultados de calidad.

Las acciones de mejoramiento, enfocadas al cumplimiento del Plan de Mejoramiento constituyen el compromiso a seguir por parte de los responsables y el equipo de trabajo de los procesos relacionados, frente a las actividades definidas de acuerdo con el Plan de Mejoramiento.

En el desarrollo de las actividades propuestas, cada Jefe de Área, Coordinador o Referente de Servicio que se desempeñe como Líder de Proceso debe gestionar la implementación de las actividades y tareas propuestas en el Plan, promoviendo la participación del equipo de trabajo a cargo.

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo, tanto asistencial como administrativo debe generar y mantener una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.



MANUAL	
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	

CODIGO	GC-56M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 36 de 40	


7.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Se empleara la auditoria como una herramienta de evaluación sistemática, cuyo propósito fundamental es contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad.

Para evaluar el mejoramiento continuo la ESE CARMEN EMILIA OSPINA se tendrá en cuenta tres (3) niveles de control, determinados así:

- **Autocontrol:** Realizado por parte del Líder de Proceso y su equipo de trabajo.
- **Control de Eficacia y Adecuación:** Realizado por parte de los auditores mediante el seguimiento a la implementación de los Planes de Mejoramiento y la auditoría interna.
- **Control de Efectividad:** Realizado por el equipo de trabajo en acreditación con base en el resultado de los Indicadores de monitoreo propuestos para cada Plan de Mejoramiento, los cuales se encuentran articulados con los atributos de calidad del Sistema Único de Acreditación, Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

Los resultados obtenidos en la ejecución de las acciones de mejora se presentaran en el comité de calidad de la institución.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA <small>Trabajamos Brindando</small> Salud y Calidad	MANUAL	CODIGO	GC-56M1
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	VERSION	1
		VIGENCIA	14/03/2013
		PÁGINA 37 de 40	

7.7. APRENDIZAJE INSTITUCIONAL

Los mecanismos que se implementaran en la ESE Carmen Emilia Ospina para promover un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos, con el propósito de apropiar e incorporar dichas experiencias al conocimiento institucional. Esto se implementara a través de:

- Retroalimentación de los resultados con los funcionarios comprometidos en el proceso, mediante la divulgación de la información obtenida en el proceso de seguimiento.
- Ajuste o estandarización de procesos mediante actos administrativos.
- Divulgación de experiencias exitosas a todo el personal de la ESE CEO mediante charlas o talleres que permitan interiorizar el conocimiento.
- Articular con el proceso de talento humano el conocimiento institucional para los procesos de selección de personal, inducción y reinducción.

315



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-S6M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 38 de 40	

ANEXOS

- Ver anexo 1. Autoevaluación
- Ver anexo 2. Matriz de Priorización
- Ver Anexo 3. Calidad Esperada y Ficha de Indicadores
- Ver Anexo 4. Formulación y Seguimiento a Ejecución
- Ver Anexo 5. Manual de Auditoria, Formatos para la Auditoria, Planes de Mejora y Seguimiento
- Ver Anexo 6. Actas de Comité de Calidad

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1445 de 2006, por la cual se establecen el Sistema Único de acreditación
- Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Editorial nuevas ediciones Ltda. 2007
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007
- Guía del Ministerio de la protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud 2008.
- Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para e Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.



MANUAL

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CODIGO	GC-56M1
VERSION	1
VIGENCIA	14/03/2013
PÁGINA 40 de 40	

- Guía para la formulación e implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC. Gobernación del Huila. Secretaria de Salud Departamental.
- Resolución 123 de Enero de 2012: Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1445 de 2006, en su artículo 2.