

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 1 de 32

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL  
SAN CARLOS DE AIPE

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ENSALUD “PAMEC”

AIPE - HUILA  
AÑO 2024

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL</b> <b>San Carlos</b> <b>AIPE-HUILA</b> NIT 891.180.238 - 1</p>	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 2 de 32

## 1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital SAN CARLOS de Aipe – Huila, brinda servicios de salud de baja complejidad, de acuerdo a sus servicios habilitados y capacidad instalada, ofreciendo atención integral a los pacientes bajo los principios de oportunidad calidad, contribuyendo al diagnóstico y tratamientos pertinentes, aportando bienestar físico, mental y social a sus usuarios.

La Empresa Social del Estado Hospital San Carlos de Aipe, ofrece atención en salud a los usuarios pertenecientes a los regímenes: contributivo, Subsidiado, Vinculados y particulares.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, se entiende como un componente de mejoramiento continuo al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud de acuerdo al Decreto 1011 del 03 de Abril del 2006, mediante un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de Acreditación.

El plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementado se constituirá en un componente que, al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como en parte en fortalecer la viabilidad de la institución dentro de un contexto de eficiencia y ética.

La intención de este documento es convertirse en una guía de trabajo que conduzca a cambiar el enfoque dado a la forma de prestar los servicios de salud, con acciones reguladoras de evaluación y asenso de la calidad de los servicios, involucrando a todos los funcionarios en el proceso que se desarrollará.

La E.S.E Hospital San Carlos de Aipe, desarrollará el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, orientado en la atención al usuario que asiste a la consulta, evaluado a partir de auditorías internas, auditorías externas y encuestas de satisfacción al usuario, que comprenda como mínimo los siguientes procesos evaluados teniendo en cuenta además de su implementación, la estructura y resultado:

**AUTOEVALUACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD:** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad que garanticen la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad en la prestación de los servicios.

**ATENCIÓN AL USUARIO:** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 3 de 32

## 2. NORMATIVIDAD

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe, se fundamenta en las disposiciones consagradas en el decreto 1011 del 2006, de conformidad con lo expresado en el artículo 32 de esta norma, 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, iniciando con:

- 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 1043 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 auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- 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 2082 de 2014: Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud – Artículo 6: Las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por este Ministerio.
- Decreto 780 de 2016: Artículo 2.5.1.4.6 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:
  1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.
  2. Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.  
(Art. 37 de/Decreto 1011 de 2006)
- Mapa de procesos de la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe vigencia 2020 - 2024

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 4 de 32

*Sirviendo con Amor*



**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NO. 24**  
(31 DE ENERO DE 2024)

“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACIÓN Y ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – (PAMEC) DE LA E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE”

La Gerente de la E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE, en uso de sus facultades legales, estatutarias y

**CONSIDERANDO**

Que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud -SOGCS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país, y está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación -SUH, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC, Sistema Único de Acreditación -SUA y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Que el Decreto 1011 del 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el Decreto 903 de 2014, en su artículo 2 contiene las disposiciones en relación con el sistema único de acreditación en salud y dispone que se aplicará a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Que la Resolución 2082 de 2014, en su Parágrafo, establece “las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público deberán en la etapa de preparación para la acreditación, utilizar los manuales de acreditación adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Que la Circular Externa 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – y al Sistema de Información de Calidad.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 5 de 32

*Sirviendo con Amor*



Que la Resolución 5095 de 2018, artículo 1 ordena la Adopción del Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia versión 3.1”.

Que la Resolución 1328 de 2021 por el cual se modifica el Artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018 dispuso adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”.

Que los prestadores deben adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

#### RESUELVE

**ARTÍCULO PRIMERO:** Adoptar el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud –PAMEC-, versión 2024. Con el objeto de realizar seguimiento al proceso de atención en salud, garantizar cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, minimizar los riesgos inherentes a la Prestación de los servicios de Salud y lograr satisfacción del usuario, quien es el motor de nuestra Organización.

**ARTICULO SEGUNDO:** Establecer y dar continuidad al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud “PAMEC” E.S.E Hospital San Carlos, donde se Instituye la Ruta Crítica para realizar y evaluar anualmente, especialmente para la vigencia del año 2024.

**ARTICULO TERCERO:** Reconocer el comité de Calidad creado mediante Resolución de gerencia, como mecanismo de seguimiento a las actividades desarrolladas de acuerdo a la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud -PAMEC.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 6 de 32

*Sirviendo con Amor*



**ARTICULO CUARTO:** Se conformará un equipo para el desarrollo de las etapas del PAMEC. Lo establecido en el Programa de Auditoría, así como las actividades a desarrollar, deberán ser de cumplimiento obligatorio por parte del personal de la Institución.

**ARTICULO QUINTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga en su totalidad las anteriores.

Dada en Aipe Huila, a los (31) días del mes de enero de 2024



**CLARA ANTONIA VALENCIA**  
Gerente

**Proyectó:** Maria Fernanda Roa Olaya  
Auditora de Calidad

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 7 de 32

### 3. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**NOMBRE:** E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE

**NIT:** 891.180.238 – 1

**CÓDIGO DE HABILITACIÓN:** 410160037601

**REPRESENTANTE LEGAL:** DRA. CLARA ANTONIA VALENCIA

#### 3.1 SERVICIOS HABILITADOS

GRUPO DEL SERVICIO	COD. SERVICIO	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS – NO IONIZANTES	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	SI
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	SI
ATENCIÓN INMEDIATA	1105	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	SI

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 8 de 32

### 3.2 CAPACIDAD INSTALADA

GRUPO	CONCEPTO	CANTIDAD ACTUAL
<b>AMBULANCIAS</b>	Básica	3
<b>CAMAS</b>	Pediátrica	2
<b>CAMAS</b>	Adultos	4
<b>CAMAS</b>	Obstetricia	2
<b>CONSULTORIO MEDICO</b>	Urgencias	2
<b>CONSULTORIO MEDICO</b>	Consulta Externa	6
<b>CONSULTORIO P y P</b>	Promoción y Prevención	4
<b>CONSULTORIO ODONTOLOGICO</b>	Odontología	3
<b>SALA DE REANIMACION</b>	Urgencias	1
<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b>	Urgencias	1
<b>SALA NEBULIZACIONES</b>	Urgencias	1
<b>SALA DE PARTOS</b>	Unidad Materna	1

### 3.3 RECURSO HUMANO

	NUMERO
Médicos generales	9
Jefes de enfermería	3
Odontólogos	2
Higienistas Orales	2
Auxiliares de enfermería	26
Regente de farmacia	1
Técnico de farmacia	3
Bacterióloga	1
Auxiliares de laboratorio clínico	1
Fisioterapeuta-Terapeuta Respiratoria	1
Psicóloga	2

### 3.4 EPS CONTRATADAS Y CANTIDAD DE USUARIOS POR EAPB

EPS	CANTIDAD DE USUARIOS
<b>Nueva EPS</b>	9.946
<b>Sanitas</b>	4.853

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 9 de 32

#### 4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA



Prestar servicios de salud de baja complejidad, eficientes y efectivos, basados en el acompañamiento para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, contribuyendo al mejoramiento de calidad de vida de los usuarios.



La Empresa Social del Estado Hospital San Carlos de Aipe Huila, será en el 2024 una Institución Prestadora de Servicios de Salud auto sostenible económica y financieramente, con personal humanizado, capacitado, competitivo y comprometido, garantizando la satisfacción de sus usuarios y óptima gestión administrativa.

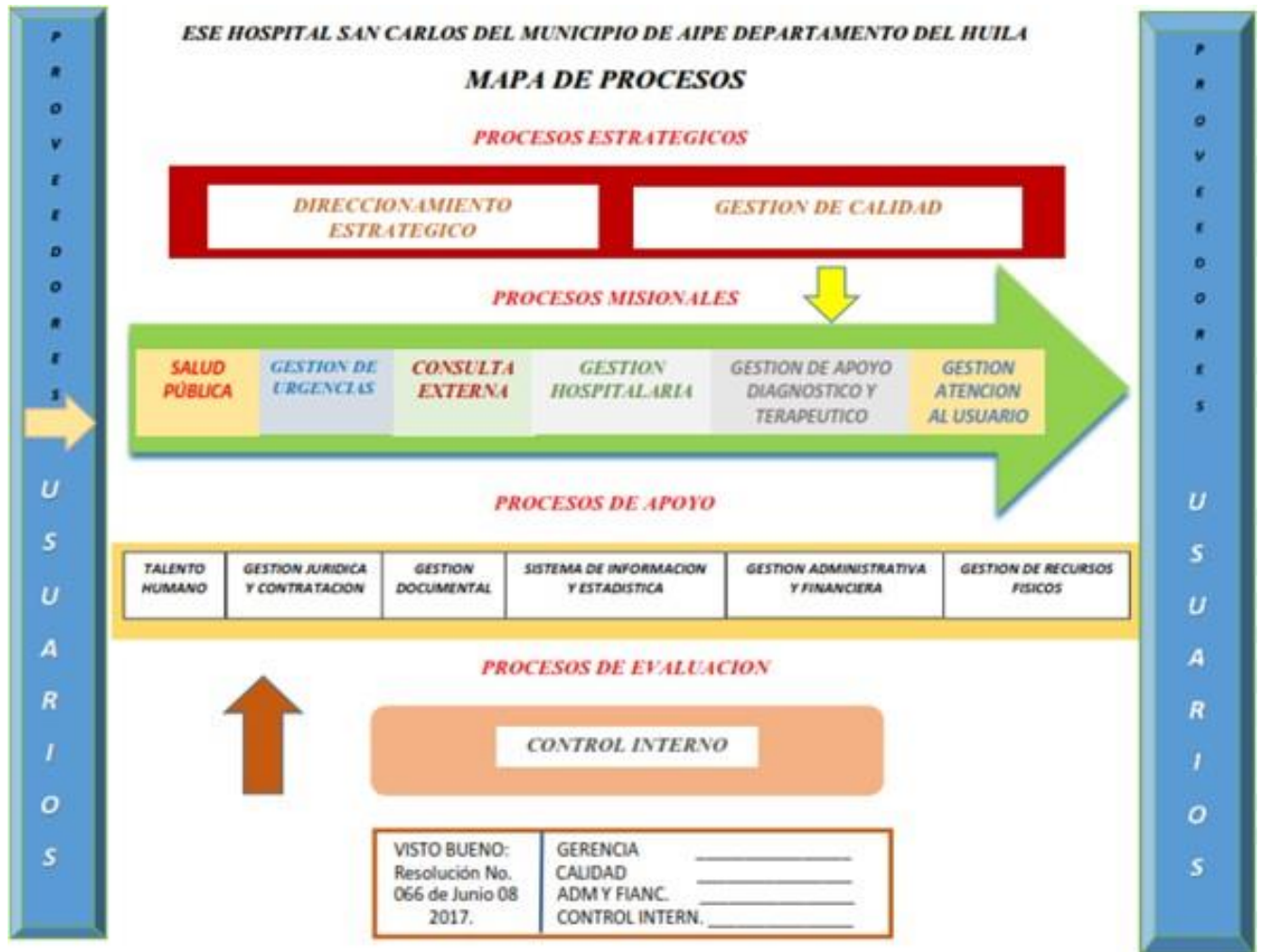


- **HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 10 de 32

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2024
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 10 de 32

**4.1 MAPA DE PROCESOS:**



	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 11 de 32

## 5. MARCO OPERATIVO

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, comprende varias etapas:

1. Planeación
2. Ejecución
3. Recomendaciones de soluciones
4. Seguimiento

- **DEFINICIÓN DE AUDITORÍA:** Es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- **ACCIONES DE AUTOCONTROL:** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, parte desde el ejercicio mismo del autocontrol, en cabeza de todo el personal asistencial y administrativo que ejerce las actividades operativas. Este ejercicio es realizado en el momento mismo de las actividades y escuchando todos los miembros de la E.S.E revisan, supervisan y verifican que lo desarrollado por ellos cumpla con unos requisitos mínimos de calidad en términos de:
  - Adecuado diligenciamiento de los registros
  - Cumplimiento de puntos de control o actividades de verificación establecidos en las guías de manejo y los procedimientos, en los cuales intervienen
  - Optimización y racionalización de los recursos: humanos, técnicos, financieros y tecnológicos
  - Conocimiento de los resultados mensuales de las actividades realizadas y planteamiento de estrategias para el cumplimiento de las metas y estándares de calidad trazados, los cuales son efectuados por los responsables en la prestación directa del servicio.
  - Socialización de los resultados (consolidado de indicadores)

Con el fin de afianzar la etapa del autocontrol y como parte del proceso de calidad se realizarán las siguientes actividades:

- Elaboración de un programa de capacitación al personal: El fin del mismo es sensibilizar al cliente interno sobre la importancia del cambio en procesos prioritarios de la atención en salud; Así mismo involucrarlos en el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad con el fin de obtener evidencias del cumplimiento de las políticas, procesos, procedimientos, protocolos y demás requisitos del SOGC.
- Elaboración de un cronograma previamente planificado donde se haga partícipes de los ajustes necesarios mediante la evaluación de indicadores que permita tomar acciones que contribuyan a la superación de sus expectativas, así como los cambios frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Realización de encuestas mensuales de satisfacción a los usuarios: Estas encuestas evalúan la percepción de calidad de nuestros usuarios y permiten identificar oportunidades de mejora las cuales son retroalimentadas por la persona encargada de la oficina de atención al usuario SIAU, a todo el personal de la ESE. De esta retroalimentación se implementarán las acciones de mejoramiento (preventivas o de seguimiento) necesarias, las cuales tendrán alcance a través del comité de calidad de la E.S.E.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

El modelo de Auditoría 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:

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 12 de 32

- ACCIONES PREVENTIVAS:** 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.
- 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.
- ACCIONES CONYUNTURALES:** 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.

En el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se debe establecer y comprender como mínimo los siguientes procesos:

- AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD:** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad como son: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, continuidad.
- ATENCIÓN AL USUARIO:** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

## 6. OBJETIVOS

- Evaluar los inconvenientes que se presenten desde su ingreso y registro a los servicios y desarrollar acciones de mejoramiento.
- Comprometer la participación de todos los grupos de profesionales en la prestación de la atención en Salud
- Contar con guías y protocolos de preparación previa del paciente para la realización de cualquier procedimiento
- Hacer mediciones de la información a entregar en el momento de su atención desde su ingreso a los servicios al usuario y su familia.

## 7. METODOLOGÍA

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, para su implementación en la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe - HUILA, adopta la propuesta por el Ministerio de la Protección Social a través de sus pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Para poner en marcha el programa se aplicará la siguiente ruta crítica:





<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
AIPE - HUILA	VERSION: 07
NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 14 de 32

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	PARA QUÉ	CÓMO
	Obtener de manera gradual el cumplimiento de estándares de calidad concordantes con acreditación en todos los procesos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación de resultados de la autoevaluación.</li> <li>2. Selección de procesos a priorizar para mejorar</li> </ol>
<b>PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<p>CÓMO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunión de priorización de procesos de acuerdo a resultados de la autoevaluación</li> </ol>
<b>MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS</b>	PARA QUÉ	CÓMO
	identificar la brecha entre la calidad observada y la esperada	<p>Evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión documental</li> <li>2. Análisis de datos - Indicadores</li> <li>3. Verificación en campo</li> </ol>
<b>PLAN DE ACCIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO</b>	PARA QUÉ	CÓMO
	Hacer seguimiento a las dificultades encontradas	<p>Por medio de metodología dictada por el Ministerio</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formato Plan de Mejoramiento por cada grupo de estándares con oportunidades de mejoramiento priorizadas</li> </ol>
	PARA QUÉ	CÓMO

01/07/24 al 15/07/24

16/07/24 al 30/07/24

01/08/24 al 30/09/24

01/10/24 al 31/10/24



**ESE HOSPITAL SAN CARLOS**

CODIGO: GCA-PL-01

AIPE - HUILA

VERSION: 07

NIT: 891.180.238 - 1

VIGENCIA: 03-01-2023

**PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024**

Página 15 de 32

EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Evaluar el cumplimiento de las actividades programadas	El metodo de seguimiento será:		01/11/24 al 15/12/24
		1. Seguimiento por medio de indicadores		
		2. Verificación documental		
		3. Actas comité de calidad		
PROCESO APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	PARA QUÉ	CÓMO		Del 16 al 30 de dic-2024
	Dar a conocer resultados	1. Socialización de resultados		
		2. Estandarización de los procesos		
		3. Socialización al personal		

## 8. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Programa de Auditoria de la Calidad, se desarrollará siguiendo las pautas establecidas en la ruta crítica. A continuación, se identificará la forma como cada uno de los pasos se llevará a cabo en la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe – Huila, desde la Autoevaluación de los procesos hasta el aprendizaje organizacional.

Previo al desarrollo de la ruta crítica, se realizan una serie de actividades como son:

- Realizar un cronograma de trabajo, que permita determinar tiempos, actividades y objetivos a lograr en la autoevaluación.
- Sensibilizar al talento humano de la E.S.E en el proceso a iniciar, con el fin de brindar conocimiento, crear conciencia y compromiso de los funcionarios con respecto a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud; se desarrollarán por lo tanto acciones basadas en el fortalecimiento del autocontrol.

En un esfuerzo más para establecer parámetros y unificar criterios en la materia, de manera que sea coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.

Esta evaluación se aplica a todas y cada una de las dependencias, macro-procesos y actividades que hacen parte del diario vivir en la presentación del servicio. Esta se aplica teniendo como referente la resolución 1446 de 2006, 1445 de 2006, 1011 decreto de 2006, resolución 2003 de 2014 y resolución 3100/19.

La autoevaluación hace parte del ciclo PHVA, donde se convierte en una de las fases más importantes, conocer la calidad de la institución.

Definir los planes de mejoramiento de calidad es el primer paso del ciclo PHVA, basado en un diagnóstico acertado de la realidad; plantear soluciones y acciones explícitas para eliminar las causas de las no conformidades es el paso siguiente para cumplir con el primer objetivo, cual es PLANEAR. HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método a emplear para recolectar los datos de las mediciones de los indicadores escogidos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. VERIFICAR, es analizar los datos y, ACTUAR es evaluar si con las estrategias implementadas se obtuvieron los resultados esperados, aplicando los correctivos necesarios.



	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 17 de 32

- **PASO 1: AUTOEVALUACIÓN:**

La identificación de los problemas o fallas de calidad que afectan la organización se realizará a través de la autoevaluación de los aspectos relacionados con la calidad de la atención a los usuarios realizándose frente a los estándares de acreditación contenidos en la Resolución 5095 del 19 de noviembre De 2018 y Resolución 1328 de 2021, Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

- BUSCA:

- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización
- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de los estándares evaluados.
- Definir la escala numérica que muestre el grado de desarrollo institucional, como parte de la evaluación cuantitativa
- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores el proceso de priorización de estándares y oportunidades de mejoramiento encontrado
- Planear soluciones viables para la implementación de planes de mejoramiento que permitan cerrar las brechas en el desempeño
- Apoyar en la definición de indicadores que permitan medir la calidad deseada
- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.
- Desplegar las acciones de mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.

Para tal efecto se socializa mediante un Comité de Calidad y seguimiento a PAMEC, la selección de líderes quienes realizarán la autoevaluación de Estándares de Acreditación.

- PARTICIPANTES EN LA AUTOEVALUACIÓN:

Estándar de Atención al Cliente Asistencial (Enfermera Jefe de Urgencias, Coordinador Asistencial, Coordinador SIAU, bacterióloga, Coordinadora de Odontología y Regente de Farmacia) Estándar de Gerencia y Direccionamiento Estratégico (Dra. Clara Valencia) Estándar Gerencia del Talento Humano (Jefe de personal y administrativo) Estándar Gerencia del Ambiente Físico (Subgerente Financiero y Almacenista) Estándar de Tecnología (Subgerente Financiero e Ingeniero de Sistemas) Estándar Gerencia de la Información (Ingeniero de Sistemas) Estándares de Mejoramiento de la Calidad (Asesor de calidad)

- IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES A EVALUAR:

- 1) PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL
- 2) DIRECCIONAMIENTO
- 3) GERENCIA
- 4) GERENCIA DEL TALENTO HUMANO
- 5) GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO
- 6) GESTIÓN DE TECNOLOGIA
- 7) GERENCIA DE LA INFORMACIÓN
- 8) ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



**ESE HOSPITAL SAN CARLOS**

CODIGO: GCA-PL-01

AIPE - HUILA

VERSION: 07

NIT: 891.180.238 - 1

VIGENCIA: 03-01-2023

**PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024**

Página 18 de 32

**PLAN DE TRABAJO - AUTOEVALUACIÓN**

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO	EVIDENCIA
1. Identificar al grupo de personas de la ESE que va a realizar la autoevaluación	Asesor de Calidad	28-02-23	E.S.E Hospital San Carlos	1. Para organizar recursos logísticos: Cronograma, sitio de reuniones, manejo de la documentación. 2. Para determinar los miembros de la organización responsables de la autoevaluación	*Citando a reunión al personal. *Nombrando líderes y secretarios de cada grupo mediante oficio *Estableciendo la logística a seguir.	*Acta de reunión *Oficio de asignación de grupos y líderes
2. Capacitar al grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación.	Asesor de Calidad	31-03-23	E.S.E Hospital San Carlos	1. Para retroalimentar el nivel de conocimiento de los participantes. 2. Para homologar en enfoque metodológico y conceptual que se va a emplear	Realizando un taller a través del comité de Calidad y seguimiento a PAMEC, donde se capacite en: *Metodología a implementar para la realización del PAMEC. *Ruta crítica para el desarrollo y avance del PAMEC	*Material utilizado para la socialización *Acta de la reunión mediante el comité de Calidad y seguimiento a PAMEC.
3. Autoevaluación frente a los estándares establecidos	Asesor de Calidad	30-06-23	E.S.E Hospital San Carlos	Para autoevaluarse de manera cualitativa frente a los estándares de tipo asistencial de la resolución 1445 teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado identificando problemas y fallas en la atención en salud.	1. Se presentarán los estándares a evaluar. 2. Se dará lectura a los estándares. 3. Se identificarán las fortalezas y las oportunidades de mejora (debilidades). 4. Se registrará la información en los documentos de trabajo presentados por el asesor en calidad.	*Acta de la reunión mediante el comité de Calidad y seguimiento a PAMEC. *Matriz de autoevaluación cualitativa y cuantitativa consolidada.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 19 de 32

					5. Se presentará el informe consolidado.	
--	--	--	--	--	--	--

➤ Se debe tener en cuenta:

- **ENFOQUE:** Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.
- **IMPLEMENTACIÓN:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.
- **RESULTADOS:** Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

➤ **RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN ASISTENCIAL, MISIONALES Y DE APOYO.**

Mediante un diagnóstico y/o evaluación de la institución frente a estándares de calidad de la atención superiores a los que establece el Sistema Único de Habilitación, para tal motivo se escogió los estándares de Acreditación de la Resolución No. 5095 de de 2018 y Resolución 1328 de 2021 Ministerio de Salud y Protección Social.

Teniendo en cuenta todos los estándares asistenciales, misiones y de apoyo, mapa de procesos y plataforma estratégica de la E.S.E, y en relación a los grupos conformados para la ejecución del proceso de autoevaluación de los 201 estándares de acreditación; a través del proceso de evaluación interna, se elaboró un diagnóstico básico donde se identificaron oportunidades de mejora de la organización.

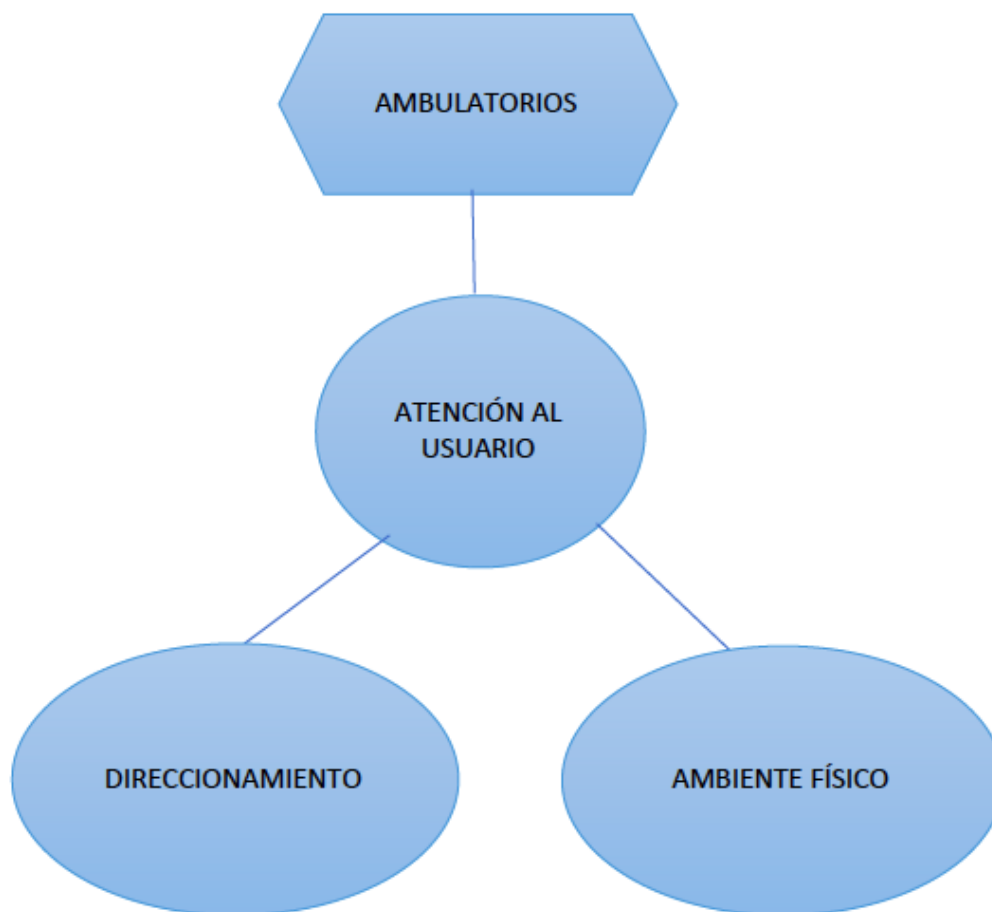
**-VARIABLES A TENER EN CUENTA EN LA MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN:**

- Fortalezas de la institución
- Oportunidades de mejora identificadas
- Soportes de las fortalezas

- **PASO 2: SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:**

A partir de las oportunidades de mejora resultado de la autoevaluación y confrontación con el mapa de procesos de la Institución y por procesos que presentan no conformidades y procesos o servicios con fallas de calidad evidenciadas (quejas y/o investigaciones), se seleccionaron los siguientes procesos aplicando las matrices propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se incluyeron aquellos procesos definidos en el Decreto 1011 de 2006:



	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 21 de 32

El proceso de evaluación se centrará en la modalidad de AUTOCONTROL, ASESORÍA INTERNA Y ASESORÍA EXTERNA la cual abarcará los siguientes aspectos prioritarios:

- Características de los procedimientos dispuestos para atender las necesidades de salud de sus usuarios
- Características del resultado de la atención asistencial que se brinda a quienes buscan los servicios de salud en la E.S.E.

A partir de la identificación de las oportunidades de mejora, se deben establecer a que procesos de atención de los pacientes pertenecen.

Para el desarrollo de este PAMEC, se identificará si la oportunidad de mejora está asociada a un proceso asistencial o administrativo.

- Una vez seleccionados los procesos misionales y de apoyo, se priorizaron los Estándares de Acreditación, que tiene relación con el problema de impacto en todo su ciclo de atención del usuario en el Municipio de Aipe, una vez realizado el análisis anteriormente mencionado: se expone cuadro de estándares tanto asistenciales como de apoyo.

### • PASE 3: PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Según consenso institucional llevado a través del Comité de Calidad y Seguimiento a PAMEC, la herramienta o método aplicado en la E.S.E para ordenar los procesos a mejorar resultado del paso anterior, según la relevancia e impacto que conllevan en la calidad de la atención en salud: **Matriz de priorización**.

Se registra el listado de los procesos priorizados que serán objeto de mejora, este listado incluye como mínimo:

- Autoevaluación del Proceso de Atención en Salud.
- Atención al Usuario.

Para la priorización de los procesos a mejorar, con fundamento en el hallazgo de no conformidades, los factores críticos de éxito y las estrategias gerenciales, se debe tener en cuenta las Oportunidades de mejoramiento en cada uno de los procesos, la identificación de los procesos objeto de mejora y la definición de los procesos que se deben priorizar.

Debido a lo dinámico que resulta el PAMEC propuesto por la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe, se hace necesario que la priorización de procesos se realice en el momento mismo de los hallazgos por lo que se sugiere la utilización de matrices según el tipo de hallazgo. A su vez el Comité de Calidad establece el seguimiento para medir el impacto de las acciones de mejora a ejecutar.

- **PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:** Prestación de servicios de salud – Servicios ambulatorios.



**ESE HOSPITAL SAN CARLOS**

CODIGO: GCA-PL-01

AIPE - HUILA

VERSION: 07

NIT: 891.180.238 - 1

VIGENCIA: 03-01-2023

**PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024**

Página 22 de 32

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	COMO	EVIDENCIA
1. Identificar al grupo de la E.S.E que va a realizar la selección de los procesos a mejorar.	Gerencia – área de calidad – coordinadores de área.	15-07-23	Sala de Juntas Gerencia.	Para organizar los recursos logísticos: Cronograma de trabajo y, manejo de la documentación	Citando a Reunión al personal. Nombrando el líder y el secretario del grupo Estableciendo la logística a seguir. Determinando los responsables de la actividad	*Acta de reunión
2.Desarrollo de la actividad	Asesor de Calidad	30-07-23	Sala de Juntas Gerencia.	Para establecer una dinámica para que cada uno de los responsables del grupo clasifique las oportunidades de mejoramiento.	Realizando una reunión en donde se realicen los siguientes pasos: 1. Presentación general del informe de autoevaluación de los grupos de	Acta de reunión – Matrices utilizadas.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 23 de 32


					<p>apoyo para la ejecución del mismo. 2. Identificación de las oportunidades de mejora definiendo si pertenecen a un proceso asistencial o administrativo. 3. Presentación de soluciones para las oportunidades de mejora. 4. Priorización según riesgo, costo y volume.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

**- PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES A OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

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

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 24 de 32

- **MATRIZ DE PRIORIZACIÓN UTILIZADA**

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE - HUILA</b> <b>MATRIZ DE PRIORIZACIÓN Y PLAN DE MEJORAMIENTO</b> <b>PAMEC 2020</b>										
NOMBRE IPS:		E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE - HUILA					CÓDIGO DE HABILITACIÓN:		4101600376 -01	
NOMBRE RESPONSABLE:		MARIA FERNANDA ROA OLAYA					VIGENCIA:			
CARGO RESPONSABLE:		AUDITOR DE CALIDAD								
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL					

• **PASO 4: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA**

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo y/o los responsables del mismo, definen el nivel de calidad esperado que desarrollará el proceso, con base en el direccionamiento estratégico, en umbrales internacionales o en datos históricos. Los resultados de los procesos son evaluados y gestionados a través de indicadores de proceso o resultados y sus metas son plasmadas en la ficha del indicador de manera que su seguimiento y evaluación es analizado de acuerdo a las metas planteadas.

Para cada uno de los procesos priorizados se determino el estándar o meta a alcanzar, esto es la calidad esperada. la metodología aplicada para definir las metas de calidad y la meta para cada proceso priorizado se apoyo en la definición de indicadores (ficha técnica de los indicadores y niveles de referencia) incluyendo metas de los mismos para cada uno de los procesos objeto de Auditoria.

Para el general de los procesos de las Unidades Funcionales la institución tomó la decisión de utilizar como herramienta de auto diagnóstico los estándares del Sistema Único de Acreditación, por lo que estos se conviertan en la calidad esperada de los resultados de atención en salud.

Cuando se definen los procesos y/o procedimientos prioritarios, objeto de mejora y que se convierten en su conjunto en el PAMEC de la atención en salud, de la IPS, se debe determinar el nivel de calidad esperado en la estructuración, ejecución y en los resultados de cada uno de ellos.

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se desea que el servicio se preste, en términos de satisfacción de los clientes y de efectividad en la atención. Igualmente, el diseño de los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 25 de 32

- PASO 5: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS**


La E.S.E Hospital San Carlos de Aipe, va a realizar la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios de acuerdo a los niveles de Auditoria aplicables a IPS – Auditoría Interna y Autocontrol –mediante indicadores los cuales se presentaran en el comité de Calidad.

La medición inicial del desempeño de los procesos se realiza a través de procedimientos de auditoría debidamente programados y documentados en los papeles de trabajo propios de la institución, de ser necesaria la realización de auditoría de casos esta se hará de forma inmediata y generando los planes de mejoramiento individualmente.

Para su medición inicial realizará procedimientos de Auditoria operativa consistente en Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos entre otros.

- Procedimientos de Auditoria operativa (Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos, etc.)

Para la documentación de los planes de auditoría y procedimiento de Auditoria en la E.S.E adopta los siguientes papeles de trabajo.

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CÓDIGO	<b>GCA-FO-01</b>
	AIPE - HUILA	VERSIÓN	<b>3</b>
	NIT: 891.180.238 - 1	FECHA APROBACIÓN	<b>20-05-2024</b>
	ACTA DE AUDITORIA	PÁGINA	<b>Página 26 de 38</b>

**DATOS GENERALES**

PROCESO (S)		FECHA:	
		HORA INICIO:	
RESPONSABLE		HORA FINAL:	
OBJETIVO:			
DESCRIPCIÓN:			

ELABORÓ: MARIA FERNANDA ROA OLAYA	REVISÓ: SERAFIN GARCIA	APROBÓ: CLARA ANTONIA VALENCIA
CARGO: ASESOR DE CALIDAD	CARGO: CONTROL INTERNO	CARGO: GERENTE

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 26 de 32

Se llevará a cabo, siguiendo procedimiento de auditoría de los procesos relacionados a continuación que están directamente relacionados con la atención de los usuarios que asisten a la E.S.E

1. Evaluación y mejoramiento de los procesos asistenciales:
  - Evaluación de los procedimientos técnicos, adherencia y divulgación.
  - Gestión del riesgo y seguimiento al evento adverso.
  - Resultado y seguimiento a actividades de comités.
  - Evaluación de los procesos asociados a la calidad de la atención.
2. Evaluación y mejoramiento de la adecuada utilización de los servicios:
  - Evaluación de la capacidad instalada
  - Concentración del servicio por área
  - Tiempos de espera de atención
  - Procedimientos no realizados por tipo de causa
  - Resultados no reclamados
3. Evaluación y mejoramiento de la calidad en la dimensión interpersonal:
  - Encuestas de satisfacción del usuario
  - Proceso de seguimiento a quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones
4. Procesos para garantizar el acceso a los pacientes:
  - Proceso de información y atención al usuario
  - Proceso de divulgación de derechos y deberes
  - Consentimiento informado

## - PROCESO DE AUDITORIA

1. **PLANEACIÓN:** Se establecerá la auditoria a realizar sobre los procesos seleccionados, se definirá:
  - Objetivos del procedimiento de auditoría: Que se va a medir y que se va a obtener
  - Alcance del procedimiento: Muestra representativa (calidad y tamaño suficiente)
  - Técnicas de apoyo a utilizar: Observación, inspección, análisis, cálculo, muestreo estadístico.
  - Fuentes de información:
    - Primaria: si el dato se obtiene en su origen.
    - Secundaria: Si el dato se obtiene de una fuente alterna donde se consolida la información (informe, consolidado...)
    - Formato de registro: Son instrumentos para la captura, registro y consolidación de la información.
  - Cronograma
  - Responsable de llevar a cabo el proceso de auditoría.



<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
AIPE - HUILA	VERSION: 07
NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 27 de 32

2. **EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Se medirá el resultado del indicador (es) seleccionado para monitorear el proceso, se define:

- El proceso objeto de auditoría
- El problema por investigar
- Análisis de sus posibles causas.

3. **INFORME DE AUDITORIA:** Contiene los hallazgos encontrados de calidad esperada frente a la calidad observada.

4. **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROGRAMA:** Se realizará a través del comité de calidad.

• **PLANEACIÓN DE LAS AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD**

PROCESO A AUDITAR	ASPECTOS A VERIFICAR	DOCUMENTOS A SOLICITAR	SERVICIO O AREA
<b>1. Evaluación y mejoramiento de los procesos asistenciales:</b>			
Evaluación de los procedimientos técnicos Adherencia, divulgación	Verificación de registros de historias clínicas frente a guías clínicas, protocolos y procedimientos.	Historia clínica, glías, protocolos, procesos y procedimientos	Urgencias, consulta externa, hospitalización Promoción y Mantenimiento
Gestión del riesgo y seguimiento al evento adverso	Verificación de registro y seguimiento al evento adverso	Reporte y seguimiento eventos adversos	Urgencias, consulta externa, hospitalización, Promoción y Mantenimiento
Resultado y seguimiento a actividades de comités	Registro de los resultados de los comités	Actas de comités	Urgencias, consulta externa, hospitalización, Promoción y Mantenimiento
Evaluación de los procesos asociados a la calidad de la atención	Análisis crítico a los procesos asistenciales	Análisis de calidad	Urgencias, consulta externa, hospitalización, Promoción y Mantenimiento
<b>2. Evaluación y mejoramiento de la adecuación de la utilización de los servicios:</b>			
Evaluación de la capacidad instalada	Análisis de recurso humano vs capacidad instalada y demanda de atención	Capacidad instalada	PAMEC
Concentración del servicio por área	Inspección ocular	Registro de acuerdo a inspección ocular	Urgencias, consulta externa, Hospitalización Promoción y Mantenimiento
Tiempos de espera de atención	Medición de los tiempos de espera	Indicadores de calidad	Estadística



<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
AIPE - HUILA	VERSION: 07
NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2024</b>	Página 28 de 32

Procedimientos no realizados por tipo de causa	Verificación de registros	Registros clínicos	Urgencias, consulta externa, hospitalización, Promoción y Mantenimiento
Resultados no reclamados	Soportes y registros de exámenes	Registros de exámenes de laboratorio	Laboratorio clínico, Promoción y Mantenimiento
<b>3. Evaluación y mejoramiento de la calidad en la dimensión interpersonal</b>			
Encuestas de satisfacción del usuario	seguimiento al índice de satisfacción del usuario	Encuestas de satisfacción de indicadores	SIAU
Proceso de seguimiento a quejas o reclamos	Consolidado de información quejas, sugerencias, reclamos...	indicadores	SIAU
<b>4. Procesos para garantizar el acceso a los pacientes</b>			
Proceso de información y atención al usuario	Consolidados de indicadores	indicadores	SIAU
Proceso de divulgación de derechos y deberes	Soportes y registros de capacitación	Soporte físico de derechos y deberes	SIAU
Consentimiento informado	Registros	Historia Clínica	Urgencias, consulta externa, hospitalización, Promoción y Mantenimiento

- **MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO:** Se realiza mediante indicadores de calidad y de gestión.

**1. Evaluación de calidad de la Historia Clínica:**

$$\frac{\text{Sumatoria de resultados parciales obtenidos}}{\text{Número total de historias clínicas auditadas}} = \%$$









	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2023</b>	Página 33


paciente. 3. Egreso del servicio.

3. **Diligenciamiento del formato de evaluación de adherencia a guías y protocolos:** Se coloca el número de identificación de la historia clínica a evaluar.
4. **Resultado:** Se suma los valores obtenidos en cada una de las evaluaciones y se divide por el total de historias clínicas evaluadas, para obtener el % de cumplimiento.

No. de funciona. que cumplen adherencias procesos Asistenciales- Apoyo usuarios us. c. externa = >90%

Total de funcionarios evaluados


#### - FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR: PAMEC-ESEHSCA: 02-20
	NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje cumplimiento de adherencia de los funcionarios a procesos asistenciales del usuario a los servicios de consulta externa.
	APROBADO POR: CLARA ANTONIA VALENCIA- GERENTE
	FECHA: Enero 2024
OBJETIVO DEL INDICADOR	Medir la adherencia de los funcionarios a PROCESOS <u>Asistenciales-</u> del usuario a los servicios de Consulta externa
RESPONSABLE	Profesionales asistenciales
ATRIBUTO	Calidad, oportunidad, accesibilidad
FORMULA DEL INDICADOR	<u>No. de funciona. que cumplen adherencias a procesos Asistenciales- del usuario. c. externa</u> / Total funcionarios evaluadas
META DEL INDICADOR	>90%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Informe de auditoría de adherencia a procesos asistenciales DENOMINADOR: Total de funcionarios evaluados
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	TRIMESTRAL
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	NINGUNA

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2023</b>	Página 34

### 3. Indicador de porcentaje de funcionarios capacitados en los procesos asistenciales.

#### - FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CODIGO DEL INDICADOR: PAMEC-ESEHSCA: 03-20
	NOMBRE DEL INDICADOR: <u>Porcentaje de funcionarios capacitados en procesos de Asistenciales</u>
	APROBADO POR: CLARA ANTONIA VALENCIA- GERENTE FECHA: Enero 2024
	OBJETIVO DEL INDICADOR
RESPONSABLE	Profesionales asistenciales
ATRIBUTO	Calidad, oportunidad, accesibilidad
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{No. de funcionarios capacitados procesos Asistenciales- a servicios}}{\text{Total funcionarios programados para capacitar}}$
META DEL INDICADOR	100%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Actas de capacitaciones firmadas por los funcionarios DENOMINADOR: Relación de personal de la ESE en el periodo
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	SEMESTRAL
CATEGORIAS DE DISCRIMINACION	NINGUNA

#### • PASO 6: PLAN DE ACCIÓN O DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS

En el plan de mejoramiento se establecerán acciones y se registrarán las actividades que se desarrollarán en cada una de las acciones. Se generarán responsabilidades en cuanto a:

- Personas
- Tiempo estimado para las acciones del plan
- Espacio y forma de desarrollar las acciones para garantizar el cumplimiento
- Resultado esperado y mecanismo para evaluar el alcance del logro

#### - CICLO PHVA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN

#### • PLANEAR:

- Capacitación a los miembros de la Institución sobre las acciones a realizar
- Formulación de indicadores de seguimiento
- Definición de los aspectos logísticos: Sitios de las actividades, registro de las actividades, realizadas y necesidades para la implementación de correctivos

	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2023</b>	Página 35

● **HACER:**

- Formulación del plan. Se utilizará la matriz 5W1H, complementada con indicadores de seguimiento. Este plan debe contener acciones concretas y alternativas de solución factibles de realizar y medibles.


● **VERIFICAR:**

- Realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora. Se realizará a través de los indicadores definidos para las metas. Se establecerá el responsable de la medición, cuando se realizará, donde y como. Debe quedar registrado el seguimiento y expuesto en el comité de calidad.

● **ACTUAR:**

- Tan pronto sea detectado un problema que pueda impedir el logro de la meta final se deben identificar las causas y solucionarlo oportunamente.

- **MATRIZ PARA MEDIR LA OPORTUNIDAD DE MEJORA**

 <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE - HUILA</b> <b>MATRIZ DE PRIORIZACIÓN Y PLAN DE MEJORAMIENTO</b> <b>PAMEC 2020</b>									
NOMBRE IPS:		E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS DE AIPE - HUILA				CÓDIGO DE HABILITACIÓN:		4101600376 -01	
NOMBRE RESPONSABLE:		MARIA FERNANDA ROA OLAYA				VIGENCIA:			
CARGO RESPONSABLE:		AUDITOR DE CALIDAD							
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL				

**ACCION DE MEJORA:**

**META ESTABLECIDA:**

**INDICADOR ESTABLECIDO:**

**RECURSOS NECESARIOS:** Físicos, Humanos, Técnicos

QUÉ	QUIÉN	CUANDO		DÓNDE	POR QUE	CÓMO
		INICIO	FIN			
Defina sobre qué se va a trabajar. Defina	Determine la responsabilidad en la ejecución de las acciones en	Defina cuando se hará. Cronograma con fecha de	Determine la extensión y ubicación de las medidas por	Defina las razones por las cuales	Determine la forma cómo va a mejorar la situación, forma como se	



	<b>ESE HOSPITAL SAN CARLOS</b>	CODIGO: GCA-PL-01
	AIPE - HUILA	VERSION: 07
	NIT: 891.180.238 - 1	VIGENCIA: 03-01-2023
	<b>PLAN DE AUDITORIA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD PAMEC 2023</b>	Página 37

## ● PASO 7: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Los mecanismos que se implementara en la E.S.E Hospital San Carlos de Aipe para generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios, para adquirir, apropiar y/o incorporar aprendizaje Organizacional en la Institución son:

### ➤ PLAN DE TRABAJO:

- Retroalimentación de los resultados con los funcionarios comprometidos en los procesos s mejorar mediante capacitación con levantamiento de actas de socialización. **OBJETIVO:** Divulgar en la organización los resultados obtenidos durante el proceso. **PLAN DE ACCIÓN:** Reunión con todo el personal por áreas donde se haga exposición del resultado del proceso de auditoría por parte del asesor de calidad.
- Estandarización y ajuste de procesos con acto administrativo como circular o resolución firmada por la Gerente de la ESE. **OBJETIVO:** El objetivo del aprendizaje organizacional utilizando la estandarización es prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la calidad observada. **PLAN DE ACCIÓN: Pasos para la estandarización de procesos:**
  1. Debe ser definido como estrategia por la gerencia
  2. Se deben estandarizar prioritariamente los procesos que reflejan resultados de alta variabilidad o aquellos que tengan un impacto económico mayor para la Institución o aquellos en los cuales los usuarios se declaren más insatisfechos
  3. Se debe entrenar a las personas en los métodos y formatos establecidos
  4. Se deben realizar verificaciones de auditoría para garantizar cumplimiento.

#### **Elaboración de procesos estandarizados:**

1. Describir paso a paso el proceso
  2. Identificar las tareas que agregan valor (las que son indispensables para el usuario) y las que no para la mejora del resultado
  3. Diagramar el proceso
  4. Documentar los estándares del proceso
  5. Realizar el procedimiento operacional del proceso
  6. Elaborar manual de entrenamiento
- Divulgación de experiencias exitosas a todo el personal de la ese mediante charla magistral.
  - Capacitación y reentrenamiento del personal. **OBJETIVO:** Entrenar y capacitar a las personas de la organización con el fin de mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos, potenciando el mejoramiento continuo. **PLAN DE ACCIÓN:** Taller – acta.