PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
6	14/07/2017	Actualización de nueva codificación, actualización y organización del manual de calidad.
7	01/02/2022	Actualización del Programa de Auditoria.
8	03/10/2022	Inclusión de las acciones de mejoramiento generadas de la autoapreciación de las Estrategia IAMII.
9	12/01/2023	Actualización del Programa de Auditoria.
10	11/01/2024	Actualización del Programa de Auditoria.
11	16/01/2025	Actualización del Programa de Auditoria.

1. INTRODUCCION

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención "PAMEC", se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio Salud y Protección Social, basado en una autoevaluación institucional donde se establecieron los subprocesos prioritarios a mejorar, con el fin de acercar a la institución a mejorar la satisfacción de los usuarios y sus necesidades y expectativas, con el propósito de generar acciones planificadas y sistemáticas en las cuales la participación de la dirección garantiza la viabilidad de las acciones de mejoramiento y de esta forma guía el proceso institucional de desarrollo hacia un objetivo corporativo de calidad.

La ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., toma al PAMEC como parte del programa de marco estratégico de la institución, el Decreto 780 de 2016 que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, consiguiente se desarrolló con base a los estándares de acreditación establecidos en la Resolución 5095 de 2018 del 2012, los Indicadores de Calidad determinados en la Resolución 0256 de 2016, los planes de mejoramientos generados en los comités institucionales, los planes de mejoramiento de las auditorías internas y matriz de riesgo, a fin de ampliar los niveles de exigencia en sus procesos, con el propósito de desarrollar un proceso de crecimiento en la institución conforme a los requerimientos del usuario que cada día exige la calidad como parte integral del servicio.

Además de todo lo anterior la institución mediante la Resolución 622 del 2021, estableció que se debe incluir los 10 pasos de la estrategia IAMII en el Plan de Desarrollo y PAMEC de la Institución, por este motivo se incluirá en el PAMEC las acciones que se generadas de la autoapreciación.

Con este fin se fortalecen los programas de desarrollo de su personal para que el programa de mejora continua sea del colectivo, por ende, este documento es la recopilación del trabajo mancomunado de los miembros de la organización.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

MISIÓN

Somos un hospital público que brinda servicios integrales, humanizados y seguros orientados al bienestar de la mujer y del binomio madre - hijo, comprometidos con el desarrollo del talento humano, la docencia, la generación del conocimiento y el mejoramiento continuo, impactando positivamente en la morbimortalidad del Distrito de Cartagena y el Departamento de Bolívar.

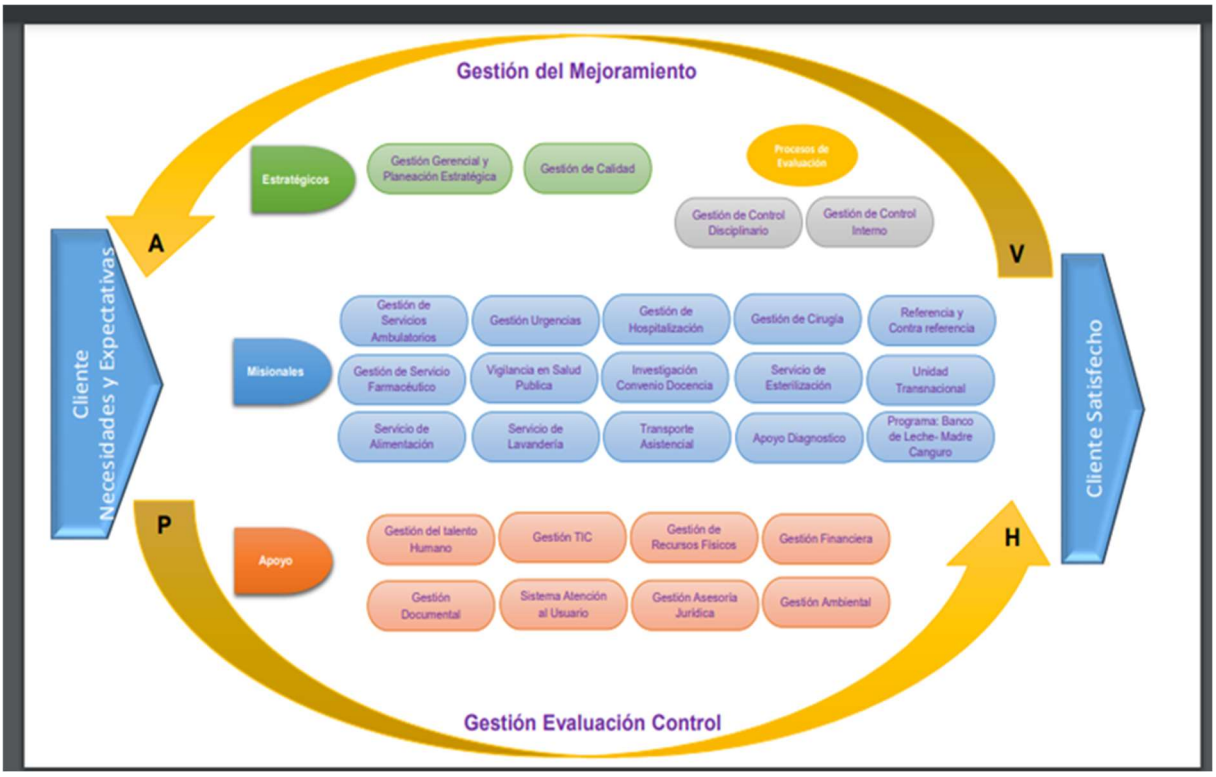
VISIÓN 2030

Somos un Hospital Universitario acreditado, reconocido por ser líder en la atención integral de la mujer, del binomio madre - hijo y por su aporte al control de la morbimortalidad materna y perinatal.

3. ALCANCE

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad definirá con precisión las acciones a realizar, con el objeto de efectuar el seguimiento que facilite la priorización de procesos en la organización encaminados a la mejora y la identificación oportuna de desviaciones de calidad frente a un marco de calidad esperada, orientado hacia los estándares de Acreditación, permitiendo la construcción de planes de mejora que permitan superarlas y lograr modificaciones tendientes a mejorar el proceso de atención al usuario.

4. MAPA DE PROCESOS



5. OBJETIVOS

GENERAL

Contribuir a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud brindados por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo mediante el diseño de programas de auditoría que origine el mejoramiento continuo y sistemático en todos los procesos de la institución. Consiguiendo con estos la satisfacción de los usuarios.

ESPECIFICOS

- Impulsar la autoevaluación de los procesos de la institución, llevando con esto el cumplimiento de los máximos estándares de calidad

- Evaluar de la calidad en la prestación de los servicios de los usuarios.

- Evaluar el cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento

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

- Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de Calidad y el Autocontrol.

6. MARCO CONCEPTUAL

Autocontrol

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

El autocontrol será posible en la medida en que la organización:

- Diseñe y estandarice sus procesos de manera participativa.
- Realice esfuerzos permanentes para capacitar y entrenar a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan.
- Apodere a sus miembros para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

Auditoría Interna

Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

La auditoría interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

- El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.

- La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
- El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de estos.

Auditoría Externa

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

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 esta.

Acciones de Seguimiento

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

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 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.

Accesibilidad

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

Oportunidad

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

Seguridad

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

Pertinencia

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia

Continuidad

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

7. RESPONSABLES DEL DESARROLLO DEL PAMEC

La ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo cuenta con un departamento de Calidad, el cual, mediante el proceso de Seguimiento y Mejora verifica y evalúa el cumplimiento de los estándares de Calidad definidos por el Sistema Único de Acreditación. Esta cuenta con equipos de autoevaluación y mejora de acuerdo con la Circular GER-002 del 2023 expedida por el gerente de la Institución.

8. PERIODO DE IMPLEMENTACION DEL PAMEC

El periodo de implementación del Programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad se establecerá desde el mes de Enero de 2025 a Diciembre del 2025.

9. IMPLEMENTACION

9.1. Desarrollo del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

El programa se desarrollara mediante la intervención del grupo de trabajo de la ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C., quienes bajo la coordinación de la Gerencia de la institución y la asesoría del área de Calidad, estructuraron la metodología en base a la RUTA CRÍTICA, a fin de apuntar al logro de sus objetivos misionales propendiendo por la disminución del riesgo de la atención y procurando

la obtención de los mejores resultados en la ejecución de los procesos que soportan su operación y la gestión de su objeto social.

9.2. Ruta crítica para la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad



9.3. Cronograma

La estructuración del programa se determinó mediante el siguiente cronograma:

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: PGR-GCA-01
		Versión: 11
		Fecha: 16/01/2025

No	ACTIVIDAD (QUE)	OBJETIVO (POR QUE)	FECHA Inicio – Fin (CUANDO)	MATERIALES (COMO)	RESPONSABLES (QUIEN)	DONDE
1	SELECCIÓN Y CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	Seleccionar el equipo Base dentro de la institución para realizar la autoevaluación y se le realizara una capacitación acerca de PAMEC y resolución de acreditación.	ENERO 2024	A través del – realización de acta de creación de comité de calidad y registro de asistencia a capacitaciones.	Gerencia Asesor Externo de Calidad	Se realizará la selección con todas las Áreas de la institución.
2	AUTOEVALUACIÓN	Realizar un diagnóstico de la institución con el objetivo de reconocer las fallas susceptibles de mejora	ENERO A FEBRERO 2025	Inspección y Registros en el instrumento del Manual de Acreditación.	Equipos de Autoevaluación	Se realizará la selección con todas las Áreas de la institución.
3	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Seleccionar los procesos susceptibles de mejoramiento al interior de la Institución identificados con base en los resultados de la autoevaluación.	MARZO 2025	Con el resultado de la autoevaluación de los procesos, se realizará un listado de los procesos a mejorar.	Equipos de Autoevaluación	La selección de los planes de mejora se aplicará en todas las áreas de la institución.
4	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS	Determinar los procesos que requieren la implementación inmediata de acciones de mejoramiento, según los criterios de calificación.	MARZO 2025	Matriz de Priorización	Comité de Calidad	En todas las áreas de la institución.
5	DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.	Definir estándares de la calidad esperada para tener patrones claros de seguimiento	ABRIL 2025	Se implementará un diseño de información que permita el control de indicadores.	Comité de Calidad	En todas las áreas de la institución
6	MEDICION DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS (CALIDAD OBSERVADA)	Recopilar y validar el sistema de información de la organización, que es la fuente de retroalimentación para todas las demás áreas.	ABRIL 2025	Evaluar los resultados de indicadores.	Comité de Calidad	En todas las áreas de la institución
7	PLAN DE ACCION PARA PROCESOS SELECCIONADOS	Realizar seguimiento a la implementación y eficacia de acciones de mejoramiento.	ABRIL 2025	Elaborar el cronograma a fin de agilizar el logro de los objetivos.	Asesor de Calidad	En todas las áreas de la institución
8	EJECUCION DEL PLAN DE ACCION	Implementar las actividades propuestas para lograr los objetivos establecidos.	MAYO AL NOVIEMBRE 2025	Diseñar el cronograma de auditorías para seguimiento	Lideres de Proceso	En todas las áreas de la institución.
9	EVALUACION DEL MEJORAMIENTO	Constituir sistemas de ajustes y seguimiento al plan de acción.	DICIEMBRE 2025	Realizar seguimiento de indicadores y revisión de áreas de trabajo.	Equipos de Autoevaluación	En todas las áreas de la institución
10	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Establecer estándares para prevenir el reproceso en la implementación de las acciones.	DICIEMBRE 2025	Realizar el aprendizaje organizacional del sistema de documentación y estandarización que se asegure con formación y entrenamiento.	Equipos de Autoevaluación	En todas las áreas de la institución

Actualizó:	**Reviso:**	**Aprobó:**
Ing. Melissa Arias Castilla Asesor Externo de Calidad	Comité de Calidad	Dr. Jorge Caro Subgerente Administrativo

9.3.1. Selección y capacitación del equipo de trabajo

El equipo de trabajo son los integrantes del equipo de autoevaluación el cual se encargará de la implementación del PAMEC, quienes se comprometerán a trabajar en el desarrollo de todas las actividades para la ejecución del programa, mediante el cronograma establecido en este documento.

Luego de escoger el equipo a este se le realizara una capacitación a cargo del Asesor Externo de Calidad y se le entregara el documento de los estándares de acreditación con el objetivo de estudio del material y tener más eficiencia al momento de iniciar con la autoevaluación, en conjunto con la presentación, la hoja radar y ejemplos de la evaluación cualitativa y cuantitativa.

9.3.2. Autoevaluación

Se iniciará con el levantamiento de un diagnóstico básico general con base en los estándares de calidad del Sistema único de Acreditación.
La primera fase consiste en la evaluación de los estándares, empleando para ello como metodología, la observación, documentación y comparación entre el hacer diario y el desempeño ideal planteado, para así asignar la calificación pertinente.
Para medir el desempeño de los procesos se tendrán en cuenta los siguientes pasos:

1. Leer los estándares antes de iniciar la calificación.
2. Interpretar el estándar, aclarar si es necesario.
3. Iniciar la autoevaluación en campo.
4. Documentar y registrar fortalezas relacionadas.
5. Determinar debilidades de la organización frente al estándar.

6. Definir acciones de mejoramiento para las debilidades.
7. Calificar el estándar.

9.3.3. Selección de procesos a mejorar

Se toma como patrón de referencia los estándares de acreditación establecidos por MINSALUD y se seleccionaran los aspectos que requieren la implementación de acciones de mejoramiento, según la calificación obtenida. Se presenta en una matriz con la relación de los procesos seleccionados. Además, se tomarán procesos críticos, la oportunidad de consulta externa y los eventos adversos que más se presenten durante el año 2024.

9.3.4. Priorización de procesos

La etapa de priorización se realizará con el fin de identificar los procesos vitales que necesitan ser intervenidos en primera instancia y que requieren solución urgente por la importancia que revisten para la Institución, dada la trascendencia que alcanzan en términos de mantener altos niveles de calidad.

Para dicho proceso se utiliza una matriz de priorización y se emplea la siguiente metodología:
Se realizará la priorización de los procesos frente a los factores críticos de éxito como: Riesgo, Costo, Impacto, determinando el mayor puntaje para los que cuenten con mayor relación recíproca frente a la efectividad de los resultados de la operación global de la organización, los cuales serán objeto del proceso inicial de mejoramiento.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve sino 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 sino 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 del 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 sino 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 del mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos

Se realizará la priorización de los procesos.

9.3.5. Definición de la calidad esperada

Para cada uno de los procesos priorizados en el paso anterior, se determinará un estándar o meta a alcanzar (calidad esperada).
Los indicadores y sus objetivos se encontrarán definidos en las fichas técnicas de los planes de mejoramiento.
Los indicadores de evaluación a utilizar corresponderán a los adoptados formalmente por la empresa después de realizar los planes de acción, estos determinarán la calidad esperada en términos cuantitativos, buscando alcanzar y mantenerlos en el nivel sobresaliente.

9.3.6. Medición del desempeño de los procesos (CALIDAD OBSERVADA)

La medición del desempeño de los procesos definidos como prioritarios se realizará a través de Auditorias Operativas (Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos).

9.3.7. Plan de acción para los procesos seleccionados

Se realizará con el siguiente formato

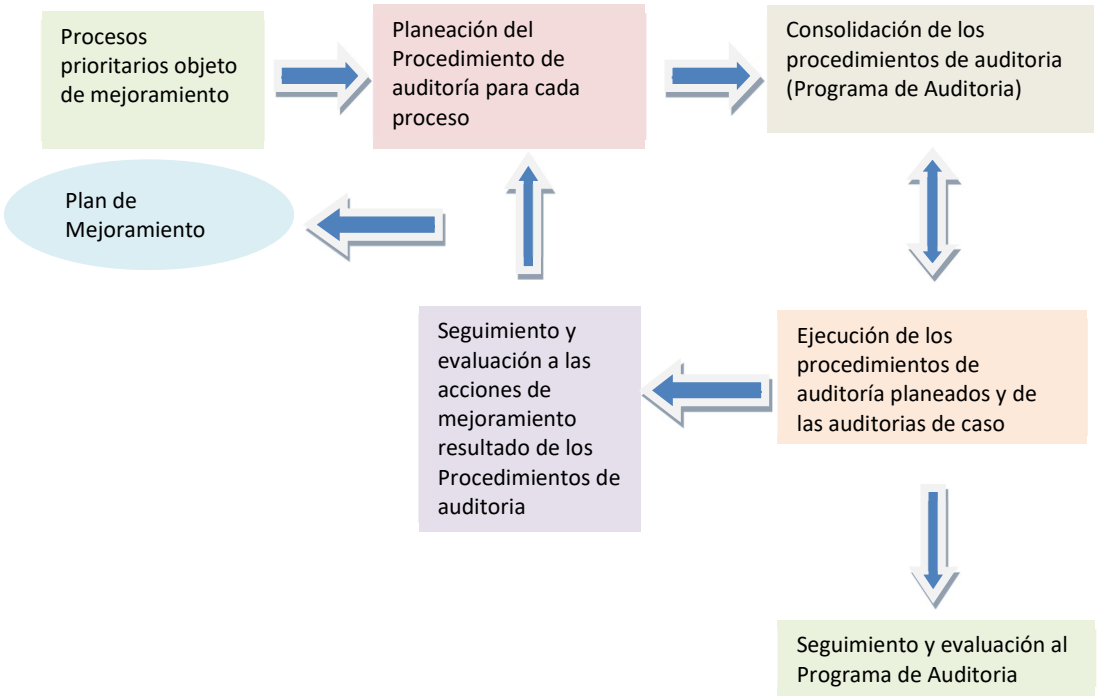
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN

98.3.8. Ejecución del plan de acción

A medida que se van cumpliendo los plazos estimados para la finalización de actividades, se estará realizando seguimiento al cumplimiento y eficacia de las acciones propuestas.

El equipo auditor, será el responsable de verificar el cumplimiento de las actividades planteadas.

10. CONTROL Y SEGUIMIENTO



10.1 Retroalimentación y aprendizaje organizacional

Una vez se hayan alcanzado los resultados esperados en los procesos prioritarios, estos deben ser estandarizados, y serán adoptados por la institución y conocido por todos.

Los estándares de calidad que resulten del proceso de auditoría para la calidad serán construidos por las personas que trabajan los procesos, que los van a utilizar para la ejecución de las tareas diarias, fruto del consenso del grupo, simples y con el objetivo de ser para la práctica, el cómo se hacen las cosas.

En resumen, los pasos para adquirir, apropiar e incorporar Aprendizaje Organizacional en la Institución son:

- ✓ Estandarización y ajuste de procesos.
- ✓ Retroalimentación de los resultados.
- ✓ Divulgación de experiencias exitosas.
- ✓ Capacitación y reentrenamiento del personal.

11. MARCO NORMATIVO

- ✓ Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el "Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" y los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".
- ✓ Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- ✓ Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- ✓ Resolución 903 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud
- ✓ Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.
- ✓ Ley 100 de 1993 del Ministerio de Salud.
- ✓ Norma ISO 9001. Sistema de Gestión de la Calidad.