



	GESTION DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 03	CODIGO: GC-MAO-001	PÁGINA 1 DE 29
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025		

# ***PAMEC***

## ***Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad***

### ***2026***

Elaborado por: Dra. Ercilia Díaz	Revisado: Efrain Negrete.	Aprobado: Dra. Ercilia Díaz
Fecha: 03/02/2024	Fecha: 02/02/2026	Fecha: 02/02/2026
Firma: 	Firma: 	Firma: 

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 2 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

## **INTRODUCCION**

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud; PAMEC, se ha establecido como una herramienta, a través de la cual una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad en cuanto a los servicios que reciben los usuarios; es por esta razón que es utilizado con el fin de mejorar la calidad en cuanto a la prestación de los servicios de salud que se brindan en una institución, y mejorar al mismo tiempo el nivel de satisfacción de los usuarios


El Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, que derogó el decreto 2309 del 2002, le dio más énfasis al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud al introducir nuevos elementos que elevaron el nivel de exigencias para el mejoramiento de la calidad y específicamente los lineamientos de “Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud”. Más recientemente, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Estas instrucciones se basan en las nuevas normas expedidas por el Gobierno Nacional a través del Decreto Único del Sector Salud 780 de mayo 2016, que recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que apuntan a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 256 de 2016, dicta las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, derogando la Resolución 1446 de 2006. La Superintendencia de Salud define como puntos clave del PAMEC:

Evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento. Evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento, Evaluación del aprendizaje organizacional


Para el desarrollo del PAMEC de Unión medica del Rio UMER sigue los pasos de la Ruta Crítica, metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social e implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos, El programa de auditoria para el mejoramiento de la atención de la calidad en salud deberá ser programado y socializado en VIDA INTEGRAL IPS orientada a estándares de acreditación del Manual Hospitalario y Ambulatorio establecido por Resolución 1328 de 2021 que modifica que modifica la Resolución 5095 de 2018 y/o estándares de calidad superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación, donde es obligatorio para las IPS de baja

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 3 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>		<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>	

complejidad. Para nuestro caso en particular se enfocará con énfasis en el Eje de acreditación de seguridad del paciente.

#### IDENTIFICACION DE LA INSITUACION

<b>RAZÓN SOCIAL</b>	<b>UNION MEDICA DEL RIO UMER</b>
<b>NATURALEZA</b>	PRIVADA
<b>NIT :</b>	<b>901374080-2</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>CALLE 15 # 15 – 36 BARRIO MONTECARLO</b>
<b>TELEFONO</b>	<b>3013978163 - 3196321791</b>
<b>NIVEL DE COMPLEJIDAD</b>	BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	EFRAIN JOSE NEGRETE RODRIGUEZ
<b>POBLACION QUE ATIENDE</b>	PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS, EMPRESAS PÚBLICAS, MIXTAS Y PRIVADAS, ONG, PARTICULARES.
<b>SERVICIOS OFERTADOS</b>	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL, ENFERMERIA, MEDICINA GENERAL , MEDICINA INTERNA , OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LABORATORIO CLINICO, TOMA DEMUESTRA DE LABORATORIO CLINICO, FONOAUDIOLOGIA Y TERPAIA DEL LENGUAJE , IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 4 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

## I. MARCO OPERATIVO

### 1. OBJETIVOS GENERAL

Definir la metodología y parámetros para la construcción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), a través del cual la IPS implementa un mecanismo de evaluación y seguimiento encaminados al mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios durante la atención.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Identificar los problemas de calidad institucional de la IPS mediante un proceso de autoevaluación.
- ❖ 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.
- ❖ Minimizar el riesgo relacionado con la prestación de servicios
- ❖ Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención


### 2. APLICACIÓN Y ALCANCE

Este documento aplica a todos los procesos que se identifiquen e incluyan en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

### 3. RESPONSABLES DEL DESARROLLO DEL PAMEC

UMER cuenta con el **COMITÉ DE CALIDAD**, donde se definió el Equipo PAMEC.

La responsabilidad de la ejecución del Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, será de la Coordinadora Administrativa y de la Asesora de Calidad, con el acompañamiento y orientación de la Gerencia y el Comité de Calidad.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 5 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

## MARCO NORMATIVO

### A. Constitución política de Colombia

Artículo 48: Define la seguridad social como un servicio público, bajo la dirección coordinación control y 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.

### B. Ley 100 de 1993

Artículo 153: Fundamentos del servicio público: Dentro de los cuales se encuentra la 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 en sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

### C. Resolución 4445 de 1996

Por el cual se dictan normas para el cumplimiento, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.


### D. 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.

### E. 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 y se dictan otras disposiciones.

### F. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 6 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

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.

**G. Circular 012 de 2016**

Por la cual se realizan adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007 e imparten instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) y al Sistema de Información de Calidad.

**H. Resolución 256 de 2016**

Por la cual se dictan disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

**I. Decreto 780 de mayo 2016**

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

**J. Resolución 5095 de 2018 Por el cual se adopta el Manual De Acreditación En Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.**

**K. Resolución 3100 de 2019 que deroga la Resolución 2004 de 2014 Por la cual se Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.**


## **PLAFORMA ESTRATEGICA**

### **MISION**

Somos una institución que brinda un modelo de atención integral en salud basado en la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y procesos de calidad estandarizados, que cuenta con equipos de tecnología para el uso previsto, un talento humano idóneo y comprometido para el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, colaboradores y demás partes interesadas en la región caribe.

### **VISION**

Para el año 2028, consolidaremos nuestro liderazgo como IPS en la región Caribe, distinguiéndonos por la excelencia en la calidad, la humanización del servicio y un compromiso permanente con las necesidades de nuestra comunidad.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>7 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

## **POLITICA DE CALIDAD.**

Nos comprometemos a prestar un servicio de salud oportuno, accesible, confidencial y seguro que cumpla con estándares de calidad y conforme a la normatividad legal vigente, ejecutando estrategias orientadas al mejoramiento continuo de todos los procesos mediante un soporte tecnológico, profesionales idóneos, infraestructura adecuada y selección de proveedores adecuados; que nos permitan garantizar resultados confiables en términos de precisión y exactitud analítica. para mantener e incrementar la rentabilidad de la organización a través de procesos eficaces y eficientes, conservando la calidad en la prestación del servicio con un enfoque al cliente, calidez humana y responsabilidad social.


## **POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Nuestra política de Seguridad del Paciente contempla el conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

Nuestro Objetivo es el de Desarrollar la cultura de seguridad para el Usuario, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros usuarios y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención

## **POLITICA DE ATENCION HUMANIZADA**

Para UMER IPS, es de gran importancia contar con un enfoque orientador de sus servicios hacia la humanización; teniendo claro que el talento humano es el pilar fundamental dentro de su direccionamiento y en base a esto se crea la necesidad de buscar conductas que impacten positivamente en el crecimiento personal y profesional de cada uno, fomentando los valores definidos en la plataforma estratégica, direccionando su labor hacia una prestación con calidad y calidez acorde a las expectativas del usuario.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 8 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

## MARCO CONCEPTUAL

### A. Atención de salud.

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

### B. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

### C. Brechas de Calidad


Corresponde a la diferencia entre calidad observada y la calidad esperada, obtenida como resultado de la medición de los procesos y auditorias.

### D. Características del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad según lo establecido en el Artículo 3 del Decreto 1011 de 2016

- 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 metodología basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 9 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

- **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.

**E. Calidad de la atención de salud**

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

**F. Mejoramiento continuo de la calidad**

Es un proceso de autocontrol, que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que sean susceptibles de mejoramiento, con el fin identificar los ajustes necesarios y superar las expectativas de los usuarios. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas de la institución, y procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos.

**G. Atención centrada en el cliente**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un programa único y coherente, en el cual sus componentes interactúan para alcanzar su finalidad de “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” ; por lo tanto, se busca no sólo una óptima adecuación de procesos, instalaciones y documentación, sino que todas estas acciones se orientan a la búsqueda del mejoramiento continuo del servicio centrado en el usuario.


**H. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**I. Características de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad**

**Objetiva:** La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad debe corresponder a hechos reales contenidos en la Historia Clínica del caso sometido a su análisis. En consecuencia, el Auditor utiliza para su estudio y análisis los elementos contenidos en la misma.

- **Documentada:** El análisis y evaluación que realiza la auditoria se refieren exclusivamente sobre documentos que proporcionan la información sobre la Atención de Salud, en consecuencia se debe aplicar el método de análisis documental. Sin


<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 10 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

embargo, el auditor puede complementar o aclarar la información documental, con datos que le suministren las personas que se relacionen con la Atención del Servicio de Salud en el caso objeto de la Auditoría.

- ❑ **Planeada:** Porque se persiguen unos objetivos y se prevén unos aspectos concretos a analizar, que obedecen a una política institucional y a un programa para ejecutar en el tiempo que requiere una asignación determinada de recursos. Es planeada porque respondeal para qué, el cuándo, al cómo y al cuánto se va a auditar.
- ❑ **Confidencial:** Los resultados que se obtengan de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad son reservados, únicamente podrán conocerlos el Director de la Entidad, el Médico y las personas directamente relacionadas con el caso. Se pueden dar a conocer los resultados sin incluir nombres de personas, sino como un caso genérico para fines educativos o de investigación científica.
- ❑ **Permanente:** La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad debe ser una actividad continua y parte integrante de los planes y programas institucionales. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad no debe obedecer a casos fortuitos como muerte o daño al paciente o conflictos legales, sino que debe ser una tarea de rutina propia de una Empresa de Salud.
- ❑ **Participativa:** En el sentido que en la discusión de los datos y los resultados, deben hacer parte, por lo menos, las personas implicadas en el caso. Si es necesario, también podrían participar en este análisis y discusión los profesionales interdisciplinarios que se considere puedan aportar conocimientos y experiencia para un mejor estudio del caso. Es aconsejable, también, que si el Auditor lo considera necesario, debe asesorarse de especialistas en los diferentes puntos objeto de la misma auditoría.
- ❑ **Flexible:** Cada caso particular de atención de salud tiene sus propias características, por lo que las técnicas y procedimientos generales aceptados en la profesión, deben interpretarse de acuerdo con los hallazgos concretos de cada caso. En consecuencia, el Auditor no puede ser dogmático en el sentido de considerar que todos los casos se resuelven bajo los mismos parámetros, en este orden de ideas el Auditor debe apreciar y valorar las circunstancias concretas en que se desarrolló el caso objeto de estudio.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad como un componente de mejoramiento continuo implica que:

- Su accionar se oriente a la producción de resultados centrados en el usuario – familia.


<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 11 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

- El proceso de prestación del servicio con calidad es un proceso sistemático clínico-administrativo que compromete a toda la organización, y la interacción de todos ellos.
- Se basa en la evidencia, tanto en la medida que examina si los resultados que busca son relevantes y prioritarios, así como en la que establece que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados.
- Promueve la interiorización en el profesional de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la auto-evaluación y el autocontrol.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud, es un proceso técnico, que está asociado a la prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca del desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual se pueda implementar procesos de mejoramiento que permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tiene derecho, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).
- Su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la investigación de culpables.

#### L. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA

La entidad desarrollara el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, aplicando el modelo en los siguientes niveles:


- Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- 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 este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 12 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

#### M. TIPOS DE ACCIONES DE LA AUDITORIA

El modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva acabo a través de tres tipos de acciones:

- Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoriasobre 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 auditoria, 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 auditoria 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.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 13 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		


#### **IV. METODOLOGÍA**

De acuerdo con los “Lineamientos del Ministerio de Protección Social”, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) debe ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación y además para la IPS teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- Identificación y seguimiento a eventos adversos trazadores  
Estos impactan la calidad en la atención; la IPS cuenta con el proceso de reporte y gestión del evento adverso.
- Auditoría de la atención al usuario  
El direccionamiento del ministerio de la protección social ha sido definir y medir la calidad con enfoque en el usuario, motivo por el cual establecemos mecanismos claros y sistemáticos para evaluar la satisfacción del cliente en la prestación de los servicios. Es indispensable entonces conocer la satisfacción del usuario por medio de la encuesta de satisfacción y el proceso PQR.
- Auditorías de control  
Como se describió anteriormente, se tendrán diferentes niveles de auditoria; interna, externa y de autocontrol, realizada por los mismos coordinadores de área y en las cuales se evaluarán procesos, se capacitará al equipo y se motivará para efectuar los cambios requeridos.

#### **V. DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.**

La metodología para la implementación del programa de auditoria para el Mejoramiento de la calidad se realizado con base a la Ruta Critica.

UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S				
	GESTION DE LA CALIDAD	VERSIÓN: 03	CODIGO: GC-MAO-001	PÁGINA 14 DE 29
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025	




En la Ruta Crítica se identifican nueve pasos para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad; hemos además simplificado la ruta correlacionada con 4 grandes pasos de Planear, Actuar, Revisar y ajustar.

- **Planear:** Identificación de las metas (Qué), definición de los medios o maneras de alcanzarlas(Cómo) y definición de los tiempos (Cuando).
- **Actuar:** Ejecución de lo planeado; capacitación del personal para cumplir las metas (Quien) y recolección de datos (Cómo).
- **Revisar:** Verificación y análisis de los resultados
- **Ajustar:** Estandarización o modificación de los procesos de acuerdo a los resultados obtenidos

La Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad se desarrolla en varias etapas con el fin de facilitar el proceso, las cuales se describen a continuación.

Etapa inicial; EN UMER IPS En cabeza de la gerencia, Asesora de calidad, realizara la actualización del PAMEC Teniendo en cuenta los Estándares de la resolución 5095 de 2018 por la cual se establecen los estándares del SUA, instaurar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros establecidos y a mantener las condiciones de mejoras a realizar, se trabajara con los coordinadores de áreas y procesos, conforman el equipo líder de calidad quienes conforman el comité de calidad el cual esta creado mediante resolución \_\_ y se encuentra activo en la IPS.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 15 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

La responsabilidad de la ejecución del Plan de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, será del Gerente, el jefe de Calidad y el Comité de Calidad.


### **ACTIVIDADES PREVIAS AL DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACIÓN:**

- Sensibilizar a los miembros de la institución en el proceso que se va a iniciar.
- Revisión de documentación que se encuentra en la página del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad en seguridad del paciente.
- Identificar y seleccionar el personal que hará parte del equipo de autoevaluación y, subsecuentemente, designar al líder de cada grupo.
- Definir las funciones del equipo de Autoevaluación.
- Diseñar los instrumentos que se utilizarán para la aplicación de la autoevaluación.
- Definir la metodología para el desarrollo de la autoevaluación:

FASE 1: Presentación del grupo encargados de las auditorias y las personas responsables de recibir la auditoría.

FASE 2: Revisión de los procedimientos, protocolos y formatos del programa de seguridad del paciente, así como la verificación de evidencia y registros

FASE 3: aplicación de la herramienta de verificación -entrevistas a funcionarios. También se hará la valoración según la hoja radar, evaluación cualitativa y cuantitativa.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 16 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

## **PRIMER PASO DE LA RUTA CRITICA:**

### **Metodología:**

#### **Base para la autoevaluación:**

De acuerdo con lo establecido en la resolución 5095 de 2018 el enfoque el Programa de Auditoria para la Calidad está orientado hacia el cumplimiento de los los estándares de acreditación que se encuentran en el manual único de acreditación V31 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

La autoevaluación que se realiza con la los estándares de la resolución 5095 de 2018, con el fin de cumplir el PAMEC y avanzar en la implementación del Sistema Único de Acreditación.

La autoevaluación frente a la Norma se realiza desde el punto de vista **cuantitativo** y **cuantitativo** identificaciones de fortalezas y oportunidades de mejora y

#### **Conformación del equipo PAMEC**


Para la formulación del PAMEC se deben cumplir una serie de normas y requisitos en los cuales, además de conformar un equipo responsable de su construcción y desarrollo, se debe definir una persona que lidere esta actividad.

Una vez conformado el grupo PAMEC, se capacita al equipo, en conceptos básicos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, haciendo énfasis en el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, la Política de Seguridad del Paciente, buscando evaluar los estándares en las áreas asistenciales y administrativas, empleando para ello como metodología la observación, documentación y comparación entre el quehacer diario y el desempeño ideal planteado contra los referentes elegidos, para así identificar las oportunidades de mejora y fortalezas correspondientes.

EL EQUIPO PAMEC CONFORMADO ES EL SIGUIENTE:

GERENTE: EFRAIN NEGRETE

ASEORA EXTERNA DE CALIDAD: ERCILIA MARIA DIAZ OBREGON

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>17 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

CORDINADORA ADMINISTRATIVA: LINA AGUAS DE LA PUENTE

SIAU: NERLIS JIMENEZ LUNA

BACTERIOLOGA: LENNIS GUZMAN RODELO

**Se realizarán además los siguientes pasos:**

1. Capacitación al equipo PAMEC
2. Socialización de la lista de chequeo y grupos de estándares de la resolución 5095 de 2018, antes de iniciar la calificación cualitativa y cuantitativa.
3. Aclaración de dudas, si es necesario.
4. Inicio de la autoevaluación: identificaciones de fortalezas y oportunidades de mejora

**Fortaleza:** Se define como una característica consistente fácilmente reconocible, podrán ser considerados los logros que en relación al estándar tenga la institución. Debe ser evidenciable.


Se considera fortaleza cuando se cumpla con:

Enfoque: Los procesos están diseñados en relación con lo que pide el estándar y están alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.

Implementación: Los procesos son implementados de manera sistémica y cuentan con mecanismos para la identificación y solución de problemas.

Resultados: Se cuenta con indicadores que miden el desempeño de los procesos diseñados y se desarrollan ciclos periódicos de evaluación y mejoramiento.

Posiblemente no se encuentren fortalezas que cumplan con estas características, por lo que se sugiere que se trabaje sobre logros frente al enfoque, implementación y resultados, para que no se desconozcan los avances que ha tenido la institución y para que estos logros se conviertan en el punto de partida para continuar avanzando en la consolidación del estándar o criterio a evaluar

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 18 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

**Oportunidad de Mejora:** Es la acción macro a desarrollar en un tiempo determinado para lograr lo deseado y cerrar las brechas entre el desarrollo actual de la institución y lo definido en el estándar. Debe redactarse en positivo, iniciando con un verbo de acción en infinitivo (ar, er, ir), que oriente a cerrar la brecha.

Existen oportunidades de mejora cuando, se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización, cuando no se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos, cuando no se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de la implementación

**SEGUNDO PASO DE LA RUTA CRITICA: SELECCIÓN DE PROCESOS CON OPORTUNIDADES DE MEJORA,** identificación de los procesos a mejorar fue realizada desde el nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol, promoviendo el diseño, implementación y seguimiento de planes de mejoramiento frente a los problemas de calidad identificados.


En esta etapa se identifican cuales prácticas tienen oportunidades de mejora, adicionalmente se puede identificar a que procesos institucionales pertenecen

**Metodología:**

- a. Capacitación al equipo PAMEC
- b. Las prácticas con oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación se confrontarán con los procesos de la institución definidos en el mapa de procesos y se determinará a cuál o cuáles procesos pertenecen.

**TERCER PASO DE LA RUTA CRITICA: PRIORIZACIÓN DE PROCESOS**

Consiste en identificar los puntos críticos a intervenir, en los cuales la organización va concentrar sus esfuerzos para el mejoramiento

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 19 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación. Para efectos de llevar a cabo la priorización pueden utilizarse diferentes herramientas como matrices de priorización, jerarquización y paretos. Se debe tener muy presente que se debe priorizar con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios.

La razón para el establecimiento de prioridades está determinada por el hecho de que en toda organización los recursos son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo.


### DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

La priorización deberá realizarse con base en aquellos problemas que mayor impacto tienen sobre el servicio y sobre el accionar de la institución en todos sus procesos

Para realizar la priorización se debe priorizar la **práctica completa**

La matriz de priorización, es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos los cuales son determinados por cada institución, de acuerdo a las siguientes variables:


- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio)

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 20 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

Cada miembro del comité del PAMEC califica de manera individual cada variable de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, según la siguiente tabla de calificación:

<b>Criterios de priorización</b>		
<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

Se priorizarán las prácticas con oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarán de mejoramiento crítico las prácticas con calificaciones **superiores a 80 puntos**.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 21 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

Estas prioridades darán lugar a una serie de actividades que en conjunto conforman el programa de auditoría de la calidad; el PAMEC debe estar revisándose de manera permanente para establecer adelantos y continuar la intervención de mejora con las demás practicas priorizadas.

#### **CUARTO PASO DE LA RUTA CRITICA: DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA**

La IPS define que su calidad esperada estará basada en los requerimientos de cumplimiento de los indicadores requeridos en la Resolución 256 de 2016; además de estándares superiores a los definidos en el proceso de priorización y al definir la ficha técnica de indicadores para aquellos no requeridos por los entes de control.


A partir de los procesos seleccionados como prioritarios, se define el nivel de calidad esperado a lograr en el proceso. Esto significa que establecemos un estándar superior para cada proceso.

De igual manera se deben definir los instrumentos de monitoreo y los indicadores; estos deben tener una estructura mínima, la cual se consigna en una ficha técnica que debe incluir una descripción, un numerador y denominador, una meta de cumplimiento y unos rangos de calificación individuales.

#### **Metodología:**

Planear la calidad esperada implica analizar cuál es la forma más adecuada para alcanzar el logro de las metas en materia de calidad en la prestación de los servicios, sin olvidar la eficiencia en los recursos.

Es importante en este análisis conocer a los usuarios, sus necesidades, gustos y preferencias para traducirlas en características de los servicios de la IPS, vigilándolas a través de los indicadores.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 22 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

Se preferirá utilizar indicadores ya definidos por la Institución, que el desarrollo de nuevos indicadores de gestión

Se garantizará que los indicadores seleccionados sí busquen evaluar **el objetivo de la práctica.**


A las prácticas priorizadas y se les definirá un objetivo. A cada objetivo, se le asocian los indicadores necesarios sea que existan o no en la institución, en cuyo caso es necesario formularlos

Las metas de cada indicador se establecen para el ciclo correspondiente del Pamec. Puede tomarse como base alguno o algunos de los siguientes criterios: el comportamiento histórico del indicador en la institución, el deseo y la posibilidad institucional, la referenciarían con instituciones similares, la referenciación global mediante los observatorios de calidad, tales como el del Ministerio de la Protección Social.

En cada ciclo del PAMEC las metas de calidad deberán ser más exigentes, con ello se promueve el mejoramiento continuo. Todos los indicadores deberán tener su respectiva ficha técnica, en la cual quedan definidas las fuentes de información, la fórmula de cálculo, las frecuencias de cálculo y análisis, las responsabilidades en la toma de los datos, el cálculo y el análisis, entre otros.

### **QUINTO PASO DE LA RUTA CRÍTICA: MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>23 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin.

### **Metodología**

Para realizar la medición se construirán los instrumentos de medición que permitan generar los indicadores establecidos.

Una vez contruidos los instrumentos se debe realizar la validación y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.


Se construirá el cronograma de medición de los indicadores seleccionados

De acuerdo al los Niveles de Auditoria aplicables a UMER IPS (Auditoría Interna y Autocontrol), algunos métodos posibles para la medición del desempeño de los procesos son:

- Capacitación al equipo PAMEC
- Aplicación de Fichas técnicas de Indicadores
- Procedimientos de Auditoria operativa (Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos, etc.)
- Proceso de Auditoría Interna
- Implementación de acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, de acuerdo a los resultados.

Para la implementación y seguimiento de esta etapa la IPS podrá contratar el servicio a nivel externo y capacitar a su equipo PAMEC.

### **SEXTO PASO DE LA RUTA CRÍTICA: FORMULACION DEL PLAN DE ACCION O DE MEJORAMIENTO, DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.**

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>24 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

Con los resultados obtenidos en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y el Equipo PAMEC contarán con información valiosa para establecer los planes de acción

En esta fase se desarrollan estrategias específicas para el cierre de las brechas, encontradas en la autoevaluación, por lo tanto, cada práctica priorizada tendrá una calidad esperada y unas acciones de mejoramiento para el cierre de brechas

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (prácticas priorizadas), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los

Metodología


resultados deseados.

Previa capacitación del equipo PAMEC, el plan de mejoramiento se formulará utilizando la matriz de 5W 1H (Qué, Quién, Cuándo, Dónde, Por Qué y Cómo), partiendo de los hallazgos de las etapas anteriores para responder a las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados.

### **SEPTIMO PASO DE LA RUTA CRÍTICA: EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCION**

En esta fase se desarrolla el diseño de las estrategias específicas, la divulgación, capacitación y entrenamiento planteados en el plan de mejoramiento, cada líder de proceso está en libertad de elegir la divulgación de acuerdo a las características de su equipo de trabajo y al presupuesto disponible pueden ser utilizadas metodologías con componentes lúdicos y creativos que permitan la fácil introyección de los conceptos.

A partir del plan de acción se comenzarán a desarrollar todas las actividades contenidas en él.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 25 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

### **Metodología**

En esta fase se ejecutarán las actividades definidas en el Plan de Mejora de acuerdo a las fechas establecidas y responsables asignados.

En equipo PAMEC se encargará de identificar y garantizar la gestión los recursos necesarios para la correcta implantación de las acciones planteadas.

### **OCTAVO PASO DE LA RUTA CRÍTICA: EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**


Es importante hacer un seguimiento para evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados.

### **Metodología**

En esta fase se verificará el impacto que ha generado el plan de mejoramiento.

Se realizará por medio del análisis de tendencias de los indicadores planteados inicialmente. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema. En ese caso tendrá que iniciarse nuevamente todo el ciclo para abordar efectivamente las causas reales de los problemas de calidad detectados.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> 03	<b>CODIGO:</b> GC-MAO-001	<b>PÁGINA</b> 26 DE 29
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> 03/02/2025		

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados.

Para el seguimiento, el equipo auditor y los directivos contarán con el apoyo de los

- ✚ siguientes comités:
- ✚ Comité Coordinador de Calidad
- ✚ Comité de Vigilancia Epidemiológica
  
- ✚ Comité de Ética Hospitalaria
- ✚ Comité de Historias Clínicas
- ✚ Comité Seguridad Del Paciente

El equipo evaluador califica el estado de la acción acorde con las siguientes posibilidades:

**NO INICIADA:** Acción de mejora cuya ejecución no ha empezado porque aún no ha llegado la fecha de inicio.


**EN DESARROLLO:** Acción de mejora iniciada, en ejecución, y dentro de las fechas límites formuladas en el plan de mejora.

**COMPLETA:** Acción de mejora terminada a satisfacción de acuerdo con lo formulado en el plan de mejora.

**ATRASADA:** Acción de mejora que de acuerdo con la fecha de inicio y/o finalización, no ha sido ejecutada, ya sea porque debería haber iniciado y estarse ejecutando o porque de acuerdo con la fecha límite ya debería haber finalizado.

5. Registrar en la matriz de seguimiento la calificación dada a cada una de las acciones y en observaciones registrar la justificación de la calificación dada, describiendo las evidencias presentadas.

6. Archivar las evidencias presentadas en cada seguimiento.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>27 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORMAIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

## **NOVENO PASO DE LA RUTA CRITICA: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

Se refiere a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la calidad observada.


Una vez las oportunidades de mejoramiento han sido solucionadas se realiza:

- Un resumen del mejoramiento logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.
- Comunicación de los resultados a todos los clientes internos involucrados en el proceso.
- Ajuste de los procesos mejorados con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.
- Capacitación y reentrenamiento al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.
- Medición continúa de los indicadores del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

### **Metodología**

Cuando se haya alcanzado el estándar en el nivel de calidad esperada se iniciará retroalimentación a todas las personas de la institución:

- Se divulgará a la institución los resultados globales de la autoevaluación y de los planes de acción formulados para ello.
- La medición de indicadores asociada a los resultados del mejoramiento también será publicada periódicamente.

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN: 03</b>	<b>CODIGO: GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA 28 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 03/02/2025</b>		

- Realización de inducción, re inducción, ajuste y estandarización de procesos de acuerdo a los ajustes para el mejoramiento.

De igual manera, se realizará revisión periódica de los temas de mejoramiento en cada uno de los comités que están institucionalizados en la IPS

## **TIEMPO PARA EL DESARROLLO DE LOS CICLOS DE MEJORAMIENTO EN UMER IPS**


Partiendo del análisis de la madurez del sistema de gestión de calidad de la IPS y los recursos disponibles para el desarrollo efectivo de las etapas de la ruta crítica, se establece un período de 1 año como tiempo mínimo para el desarrollo de los ciclos de mejoramiento.

## **RECURSOS**

### **PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC**

#### **Recursos metodológicos:**

- Cronograma PAMEC
- Documento PAMEC
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social.
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social.
- manual único de acreditación V31 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

<b>UNION MEDICA DEL RIO IPS S.A.S</b>				
	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>	<b>VERSIÓN:</b> <b>03</b>	<b>CODIGO:</b> <b>GC-MAO-001</b>	<b>PÁGINA</b> <b>29 DE 29</b>
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	<b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:</b> <b>03/02/2025</b>		

### Recursos logísticos:

- Oficina, Equipo de cómputo, Proyector, Programación del tiempo laboral, Formatos
- Capacitación:
  - Planeación: previa reunión para abordaje de cada una de las etapas, se planeará el tema a tratar con el equipo PAMEC: tema, duración, recursos, presentación power point
  - Ejecución: se dictarán las capacitaciones de acuerdo a previo cronograma establecido
  - Verificación: al finalizar cada reunión se verificará comprensión a través de mecanismos de evaluación al Equipo PAMEC.
  - Ajuste: de acuerdo a los resultados de la evaluación anterior, se reforzarán los conceptos de más débil comprensión en el personal para proseguir con las capacitaciones programadas en cada ruta.