



Gobernación  
de **Nariño**



# PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD “PAMEC”



## BIENVENIDOS



*Camilo Romero Galeano*  
**GOBERNADOR DE NARIÑO**  
*Omar Andrés Álvarez Mejía*  
**DIRECTOR INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

# MARCO NORMATIVO

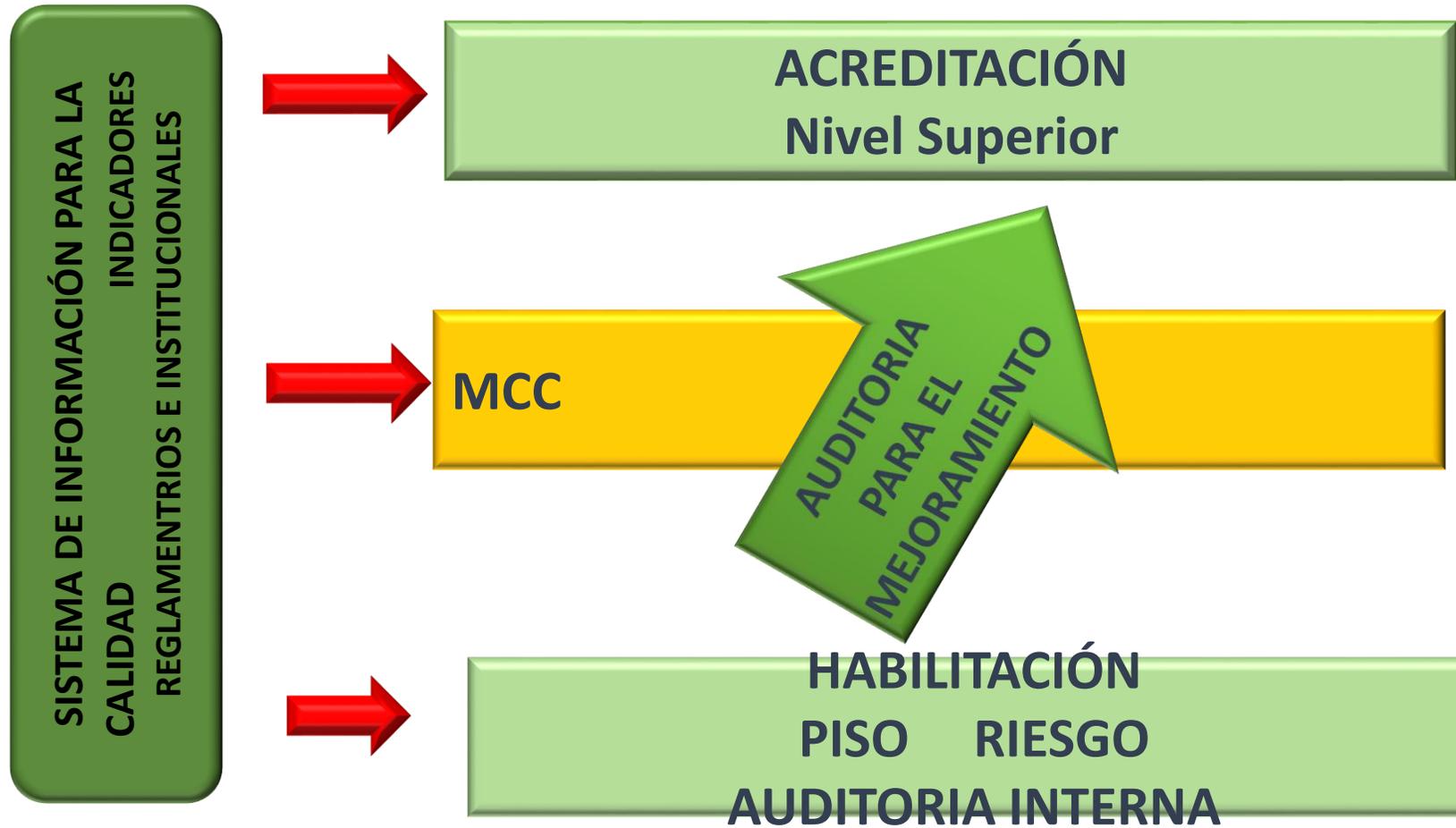
- ✓ Ley 1438 de 2011, Modifica el SGSSS.
- ✓ Decreto 1011 de Abril de 2.006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias
- ✓ Decreto 903 del 13 de Mayo de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- ✓ Resolución 2082 de 2014, Por la cual se operativiza el SUA
- ✓ Resolución 0256 de 2016, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad.
- ✓ Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- ✓ Circular 012 de 2016, Realizar adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 (Circular Única) en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) y el sistema de información para la calidad.
- ✓ Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad – 2007
- ✓ Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría - 2007

## Los procesos de auditoría serán obligatorios para:

- Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
- Instituciones Prestadoras de Servicios Salud
- EAPB.

Decreto 780 de 2016.

## SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD



## AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



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.

El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa éste componente.

**Decreto 780 de 2016- Art. 2 del decreto 4927 de 2007**

## PAMEC EN EL IDSN COMO ENTIDAD DEPARTAMENTAL

- ✓ Como E.T., debe brindar asistencia técnica a las IPS y EAPB en la implementación del PAMEC. - Vigilancia
- ✓ 2. El IDSN, obra como comprador de SS para PPNA (33.441) y adopta el PAMEC teniendo en cuenta los criterios establecidos para las E.A.P.B.

Decreto 780 de 2016. (Artículo 2.5.1.4.8)



Gobernación  
de Nariño



# PAMEC A IMPLEMENTAR EN LOS ENTES TERRITORIALES – E.A.P.B

## PROCESOS DE AUDITORÍA-EAPB:

### AUTOEVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES

- ✓ SUFICIENCIA DE SU RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
- ✓ DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
- ✓ VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE HABILITACIÓN DE LAS IPS Y P.I. CONTRATADAS QUE INTEGRAN LA RED.
- ✓ ATENCIÓN BRINDADA SE DE CON CARACTERÍSTICAS DE: ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA Y CONTINUIDAD

### ATENCIÓN AL USUARIO.

Ejercicio de sus derechos, al acceso, a la atención con oportunidad y calidad

## PROCESOS DE AUDITORÍA-EAPB:

Métodos de evaluación previamente acordados entre la Entidad y el Prestador

AUDITORÍA EXTERNA  
A LAS IPS

- ✓ Evaluación de Procesos prioritarios
- ✓ Proceso de atención: Accesibilidad, Seguridad, Oportunidad, Pertinencia, Continuidad.
- ✓ Seguimiento a indicadores de calidad
- ✓ Seguimiento a riesgos
- ✓ Sistema de Información y Atención al usuario.



Gobernación  
de Nariño



# PAMEC A IMPLEMENTAR EN LAS I.P.S.



**1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios

**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.



## PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD

- ✓ Accesibilidad
- ✓ Seguridad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Pertinencia
- ✓ Continuidad

## SATISFACCIÓN DEL USUARIO

- ✓ Encuestas
- ✓ seguimiento a PQR

## Decreto 780 Artículo 2.5.1.4.1

“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**”.

# METODOLOGÍAS PARA ELABORAR EL PAMEC

El alcance del Mejoramiento de la calidad de la entidad debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: (circular 012 de 2016)

- 1. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN (40%)**
- 2. FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DOCUMENTADO EN LA ENTIDAD O IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE RECOMENDADAS EN LAS GUÍAS TÉCNICAS CORRESPONDIENTES (35%)**
- 3. MEJORAMIENTO DEL RESULTADO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (15%)**
- 4. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO PARA PROCESOS MISIONALES (5%)**

En todo caso el PAMEC debe ser superior al cumplimiento de estándares de habilitación

# METODOLOGÍA PAMEC



## LA ESENCIA DEL PAMEC:

# PROBLEMAS DE CALIDAD



**CALIDAD ESPERADA:** DEFINIDA MEDIANTE GUÍAS, NORMAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS Y ADMINISTRATIVAS, CLIENTES.

**BRECHA**



PLANES DE  
MEJORAMIENTO



**CALIDAD OBSERVADA:** DETECTADA POR AUDITORIAS,  
AUTOEVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE INDICADORES

## NIVELES Y TIPOS DE ACCIONES DE AUDITORIA

La Auditoria se desarrollará conforme al marco normativo dado por el Decreto 780 de 2016 y a las Pautas Implementación de Auditoria expedidas por el Ministerio de salud, en donde se describen los tipos de acciones, que se aplicarán en los niveles de Autocontrol (PHVA , llevado a cabo por cada miembro de la organización en los procedimientos a su cargo), Auditoría Interna (Evaluación realizada por personal de la Organización independiente al proceso evaluado) y Auditoría Externa: Evaluación desarrollada por personal externo a la Organización

ACCIONES: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la Organización:

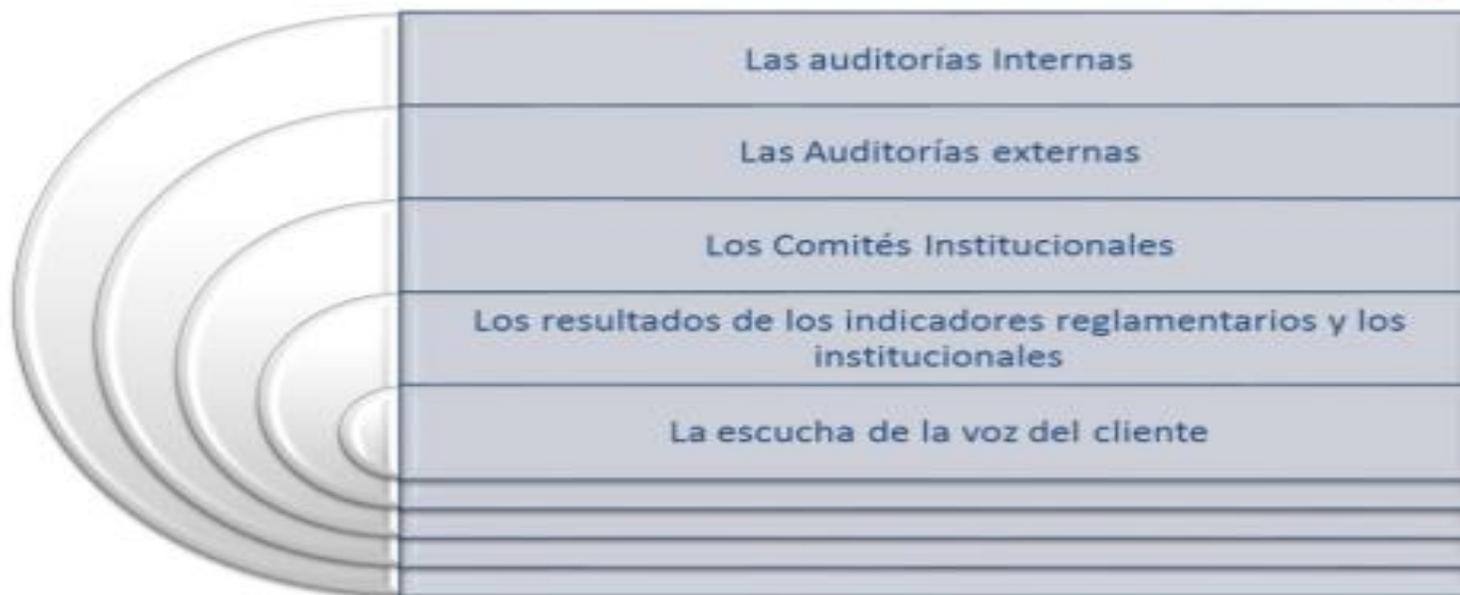
Acciones Preventivas. En forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Acciones de Seguimiento: Durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Acciones Coyunturales. Durante los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.



# AUTOEVALUACIÓN



## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



AUTOEVALUACIÓN

1. Revisión de los resultados de la Gestión de la vigencia anterior.
2. Identificación de los problemas de calidad.
3. Definición del alcance del PAMEC para la vigencia que aplica:
  - Sistema Único de Acreditación
  - Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad
  - Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales.
  - Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente.

## **RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**



**AUTOEVALUACIÓN**

### **SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN:**

**(MANUAL DE ACREDITACIÓN AMBULATORIO Y HOSPITALARIO)**

- 1. G.E. DEL PCSO ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL (AMBULATORIO Y HOSPITALARIO) 1-74**
- 2. G.E. DIRECCIONAMIENTO (75-87)**
- 3. G.E. GERENCIA (88-102)**
- 4. G.E. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO (103-118)**
- 5. G.E. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO(119-129)**
- 6. G.E. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA (130-139)**
- 7. G.E. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN (140-153)**
- 8. G.E. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (154-158)**

## **RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

**AUTOEVALUACIÓN**

**SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN: 30  
PRÁCTICAS, 10 OBLIGATORIAS EN HABILITACIÓN.**

**GUÍA TÉCNICA Y PAQUETES INSTRUCCIONALES  
(OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD)**

- 1. PROCESOS INSTITUC. SEGUROS (8)**
- 2. PROCESOS ASISTENC. SEGUROS (16)**
- 3. PRACT. QUE MEJORAN LA ACTUACIÓN DE LOS  
PROFESIONALES (4)**
- 4. PRÁCT. QUE INVOLUCRAN PACIENTES Y SUS  
ALLEGADOS EN LA SEGURIDAD (2)**

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación involucra la identificación de las siguientes dimensiones en el cumplimiento de los estándares o prácticas:

- 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.
- Resultados: Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



AUTOEVALUACIÓN

La calificación de los estándares o prácticas en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas:

-- Evaluación cualitativa: Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

-- Evaluación cuantitativa: Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

AUTOEVALUACIÓN

ESTÁNDARES	LINEA DE BASE	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESO A MEJORAR
<p>Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.</p>	<p>No Existe el documento en el cual se encuentra el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por los funcionarios de cada área. En la institución esta implementado el programa de educación continua, donde no se ha socializado este proceso, teniendo en cuenta el componente administrativo y asistencial de la organización, se hace verificación del proceso y se implementan acciones de mejoramiento cuando de presentan dificultades.</p>	<p>NO EXISTE ,</p>	<p>Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; socializarlo a todo el personal asistencial y administrativo de la organización.</p>	<p>CLIENTE ASISTENCIAL</p>

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

SELECCIÓN DE  
PROCESOS A  
MEJORAR

ACORDE A LOS PROBLEMAS DE CALIDAD DEFINIDOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO, ESTOS DEBEN CORRELACIONARSE CON LOS PROCESOS DEL MAPA DE PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN.

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE LOS PROCESOS OBJETO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ESTÉN RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN, CENTRADOS EN EL USUARIO.

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



PRIORIZACIÓN DE  
PROCESOS

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

- Priorizar prácticas o estándares con todas sus oportunidades de mejora
- Priorización de oportunidades de mejora

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

PRIORIZACIÓN DE  
PROCESOS

APLICANDO UNA METODOLOGÍA VÁLIDA:

- MATRIZ DE PRIORIZACIÓN: RIESGO, COSTO, VOLUMEN
- DECISIÓN DE LA ALTA GERENCIA
- VOTACIÓN

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
CONCEPTO	SEMAFORIZACION	INTERVALO
ALTO IMPACTO		70 – 125
IMPACTO MEDIO		37 – 69
IMPACTO BAJO		1-36

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



CALIDAD  
ESPERADA

DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA PARA  
LOS PROCESOS PRIORIZADOS.

**Acreditación:** Cualitativa

**Indicadores:** Meta de los indicadores

**Seguridad del paciente:** Que buenas  
prácticas quiero tener implementadas.

\*Es importante utilizar Indicadores de  
Gestión ya definidos por la Organización.

\* Indicadores dispuestos en los paquetes  
instruccionales e indicadores de seguridad  
del paciente Resol. 0256 de 2016

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



CALIDAD  
ESPERADA

- I.G: Proporción de pacientes identificados correctamente
- I.G: % de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del pacientes

**PRÁCTICA: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



CALIDAD  
OBSERVADA

- Cuál es mi línea de base del desempeño institucional?
- Cómo estoy en el momento frente a la práctica o estándar priorizado.
- En la autoevaluación conozco y determino mi línea de base.
- Permite medir el impacto de las acciones de mejoramiento.

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

**INSTITUCIÓN:**

### PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

QUE (Actividades)	QUIEN (responsable)	CUÁNDO (Fecha de terminación)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Identificar los principales problemas de calidad de la institución	Equipo Líder de Auditoria	Julio 2006	Institución	Para identificar los principales problemas de calidad	Autoevaluándose con base en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a Riesgos</li> <li>• Estándares Acreditación</li> <li>• Sistema Información</li> </ul>
Realizar priorización de procesos	Equipo Líder de Auditoria	Agosto 2006	Institución	Para elaborar plan de mejoramiento de los principales problemas de calidad	Basándose en las guías para la implementación de las pautas de auditoria.
Definir Calidad Esperada	Equipo Líder de auditoria	Septiembre 2006	Institución	Para conocer la brecha con referencia a los hallazgos institucionales	Basándose en las guías para la implementación de las pautas de auditoria.
Elaborar, implementar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento	Equipo Líder de Auditoria	4o trimestre de 2006	Institución	Para velar por la disminución de la brecha C.E / C.O.	Monitorizando el cumplimiento de las acciones planteadas con indicadores.

PLAN DE  
MEJORAMIENTO

## RUTA CRITICA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



PLAN DE  
MEJORAMIENTO

- FORMULACIÓN DEL PLAN
- APROBACIÓN POR GERENCIA
- identificar el proceso del mapa de procesos de la IPS que es el responsable de que la acción se cumpla.
- Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y nombre propio la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora

## FORMULACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Una vez priorizados los procesos, se construyen los planes de mejoramiento con el formato establecido usando la herramienta plan de acción que contiene elementos 5W1H, dónde el QUE corresponde a las oportunidades de mejora o problemas de calidad y él COMO, a las acciones de mejora.

GRUPO DE ESTANDARES:		PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC 2016				LIDER DEL EQUIPO:	MARCELA PINZON - Sub-dir. Calidad y Aseguramiento		FECHA DE ELABORACION: MARZO 30 DE 2017		MATRIZ DE TRES GENERACIONES						
ESTANDAR/ PROBLEMA DE CALIDAD/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACION				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	NIVEL DE OPERACION	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	CUANDO		SEGUIMIENTOS AÑO 2017	RESPONSABLE SEGUIMIENTO	% CUMPLIMIENTO	ESTADO	PROBLEMAS	OBSERVACIONES / CAMBIOS EN METAS, INDICADORES	
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL				FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACION DD/MM/AA							I TRIMESTRE
<b>AUTOEVALUACIÓN CON BASE EN AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD</b>										I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE				
1	El sistema de garantía de calidad no refleja las acciones precontractuales del proceso, no hay un adecuado registro de procedimientos	0	0	0	0	Desarrollar acciones de revisión y actualización en el procedimiento de contratación	AUTOCONTROL	N.A	7/07/2016	30/03/2017		N.A	N.A	N.A	Hay que revisar el procedimiento	La acción no es pertinente. El ajuste se realiza a estudiar previos, el procedimiento se conserva	
2	minutar de estudiar previos desactualizados en la parte técnica y legal	4	4	3	46	Realizar actividades de revisión, ajuste y actualización de los minutos de estudiar previos	AUTOCONTROL	Aerona Oficina Atención al Usuario	7/07/2016	30/03/2017		100	EJECUTADO	N.A	Se realizó revisión, ajuste y actualización en estudiar previos para Contratación directa, mínima cuantía y Selección Abreviada. Se anexa Minuta Eficaz		
3	no se garantiza la oportunidad en la contratación de las eventuales en el POS y la atención a la población vinculada no se actualiza la metodología de	4	4	4	64	convocar al comité de población pobre y vulnerable para obtener directrices sobre presupuesto y distribución de rod y recurrir para cada vigencia fiscal	AUTOCONTROL	Aerona Oficina Atención al Usuario	7/07/2016	30/03/2017		100	EJECUTADO	N.A	(Apartar Acta comité PPNA) con modificación OK		
4	no se garantiza la oportunidad en la contratación de las eventuales en el POS y la atención a la población vinculada no se actualiza la metodología de	4	4	4	64	convocar al comité de población pobre y vulnerable para obtener directrices sobre presupuesto y distribución de rod y recurrir para cada vigencia fiscal	AUTOCONTROL	Aerona Oficina Atención al Usuario	7/07/2016	30/03/2017		100	EJECUTADO	N.A	(Apartar Acta comité PPNA) con modificación OK		

## IMPLEMENTACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Cada líder de proceso ejecuta los planes de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora priorizadas. Las acciones de mejora se van gestionando de acuerdo a las fechas programadas para cada cierre.

El líder de procesos por autocontrol es responsable del cierre de ciclos de sus oportunidades de mejora.

Cada líder establece los indicadores de resultados que permiten medir la gestión e identificar cuáles son las características de calidad o atributos que gestiona el PAMEC en la vigencia.

## EVALUACION DE LA EJECUCION

El seguimiento a los planes de mejoramiento se lleva a cabo a través de la Matriz de tres generaciones, con frecuencia mensual por Autocontrol desde los líderes y frecuencia trimestral desde la Instancia que se determine . La matriz de tres generaciones se encuentra incluida en el formato del Plan de Mejoramiento.

Los planes de mejoramiento se ejecutan en los plazos definidos por cada líder, de acuerdo a los lineamientos de calidad.

## APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Comprende la generación, consolidación y estandarización de aprendizajes

- ✓ Realizar resumen del mejoramiento logrado, comunicación de resultados
- ✓ Ajustar procesos mejorados
- ✓ Capacitar y reentrenar al personal responsable
- ✓ Medición continua de indicadores

## CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

### ❖ PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISION, VISION, VALORES, POLITICA DE CALIDAD

### ❖ OBJETIVOS: Enfoque del Programa

- OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE AUDITORIA
- OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA DE AUDITORIA

### ❖ MAPA DE PROCESOS

- PROCESOS GERENCIALES, PROCESOS ASISTENCIALES, PROCESOS DE APOYO
- LISTADO DE LOS PROCESOS.

## CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

- ❖ **NIVELES DE AUDITORIA:** COMO SE VA IMPLEMENTAR EL AUTOCONTROL Y LA AUDITORÍA INTERNA
- ❖ **ACCIONES DE AUDITORIA:** PREVENTIVAS, DE SEGUIMIENTO Y COYUNTURALES
- ❖ **RUTA CRITICA:** HERRAMIENTAS DE AUDITORÍA QUE SE UTILIZARÁN
- ❖ **RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN:** DESIGNADO POR GERENCIA
- ❖ **PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA RUTA CRÍTICA**

## REPORTE PAMEC A LA SUPERSALUD

### ANEXO TECNICO ST001

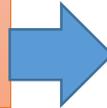
Formulación y seguimiento  
del Plan de Mejoramiento  
para alcanzar la calidad  
esperada

- ❖ ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO
- ❖ ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA
- ❖ ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO
- ❖ EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA
- ❖ SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA
- ❖ ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL.

## REPORTE PAMEC A LA SUPERSALUD

### ANEXO TECNICO ST0002

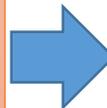
Aplicación del PAMEC



- ❖ IPS DE NATURALEZA PRIVADA
- ❖ IPS DE NATURALEZA PUBLICA

### ANEXO TECNICO ST0003

Reporte del seguimiento a la formulación y resultados de la ejecución de los PAMEC de los prestadores de Servicios de Salud y de los municipios certificados



SECRETARÍA DE SALUD  
DEPARTAMENTAL

## REPORTE PAMEC A LA SUPERSALUD

ARCHIVO	PERIODICIDAD	FECHAS DE CORTE	FECHAS DE ENVÍO
ST0001	SEMESTRAL	JUNIO 30 DICIEMBRE 31	AGOSTO 31 FEBRERO 28
ST0002	ANUAL	DICIEMBRE 31	FEBRERO 28
ST0003	ANUAL	DICIEMBRE 31	FEBRERO 28

## REPORTE PAMEC A LA SUPERSALUD

### ENTE DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL:

**EL REPORTE DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA DEBE LLEVARSE A CABO A MAS TARDAR EL 31 DE JULIO DE CADA AÑO Y EL REPORTE DE LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS DEBE LLEVARSE A CABO A MAS TARDAR EL 28 DE FEBRERO DEL AÑO SIGUIENTE.**



Gobernación  
de **Nariño**



# GRACIAS

Calle 15 No. 28 - 41 Plazuela de Bomboná - San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

Conmutador: 7235428 - 7236928 - 7233359 - 7232260

Horario de Atención: Lunes a Viernes: 8a.m. - 12 m. y 2 p.m. - 6 p.m.

[www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co)

**Elaboración: Ing. ANGEL CIFUENTES**

**Prof. Apoyo PAMEC IDSN - SCA**