

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
	CODIGO: CAL-F-027	FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 1 - 1
		REVISÓ Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

1100-380-10
CI-255

Bucaramanga, 16 de diciembre de 2024

Doctor
HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN
Gerente

Doctora
MARTHA LILIANA CORDERO GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora de Calidad

Doctora
ASTRID YADIRA MALDONADO MURCIA
E.S.E ISABU
Bucaramanga

Asunto: Informe final de auditoría a CALIDAD-PAMEC.

Cordial Saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditorías para la vigencia 2024, presenta informe final de la auditoría a CALIDAD-PAMEC para su conocimiento y fines pertinentes.

La presente auditoría no generó hallazgos, por lo tanto, no se requiere la estructuración de plan de mejoramiento.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

Firma _____

Radicado: **00004734**

Recibido: 16/12/2024 - 5:30 pm

ventanillaunica

ESE ISABU



	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 1-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

AUDITORIA DE PROCESO: CALIDAD - PAMEC

FECHA: 30 de noviembre de 2024

RESPONSABLES DEL PROCESO: Dra. Martha Liliana Cordero Gómez
Jefe Oficina de Calidad y Auditoría

Designado para recibir la auditoria: Astrid Yadira Maldonado Murcia
Profesional Universitario Oficina de Calidad y Auditoría

ALCANCE: Evaluar y verificar a la gestión de PAMEC, en los siguientes temas:

- ✓ Verificar el porcentaje de cumplimiento del PAMEC
- ✓ Paciente trazador: Asistir a las rondas y determinar debilidades en la prestación del servicio de salud de la ESE ISABU.

OBJETIVOS: Evaluar de manera independiente y objetiva al PAMEC, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de manera eficiente y eficaz.

MARCO NORMATIVO:

- ❖ Constitución Política de Colombia Artículos 209 y 269
- ❖ Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.”
- ❖ Resolución 5095 del 2018, “Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio, y Hospitalario de Colombia versión 3.1.”
- ❖ Resolución 2082 de 2014, “Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema único de acreditación en Salud”.
- ❖ Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”
- ❖ Resolución 1328 de 2021, “Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”.
- ❖ Resolución 3100 de 2019 “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”
- ❖ Resolución 1164 de 2002: “Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares”.

VISITAS Y ENTREVISTAS REALIZADAS:

La oficina de control interno acompañó la visita de “paciente trazador” realizada el 30 de octubre de 2024, la cual fue guiada por profesionales de la oficina de calidad y auditoría, en la cual se evalúa los estándares de calidad, de

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 2-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

satisfacción y atención oportuna, apuntando al mejoramiento continuo y brindando oportunidades de mejora en la prestación de los servicios, junto a la participación del personal involucrado en el modelo de atención al paciente.

Se realizó entrevista con la profesional especializada de la oficina de calidad y auditoría Astrid Yadira Maldonado Murcia, el día 29 de noviembre de 2024, con el fin de identificar los avances y cumplimientos del PAMEC- 2024, con corte al III trimestre de 2024.

Equipo Auditor:

Vianey González Gamarra - profesional de Apoyo Control Interno
 María Alicia Navarro Alba - profesional de Apoyo Control Interno
 Silvia Juliana Pinzón Cuevas - jefe Oficina Control Interno

Igualmente se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Análisis de evidencias y revisión documental de la información recolectada en la entrevista a la profesional especializada Astrid Yadira Maldonado Murcia.

ACEPTACION O NO ACEPTACIÓN DEL HALLAZGO:

La oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones, Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2024 y en el marco del MIPG, presenta informe final de auditoría realizado al proceso de Calidad y Auditoría.

La presente auditoría se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría e incluyó las evidencias que dan fe del proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

Lo siguiente son las actividades desarrolladas en el marco de la auditoría.

1. Visita a paciente trazador

El día 30 de octubre de 2024, la oficina de control interno acompañó la visita denominada “paciente trazador” la cual es dimensionada como una herramienta de gestión de calidad dentro de los procesos de acreditación en Salud, con el fin de buscar el cumplimiento de los requisitos relacionados con la seguridad de pacientes, asegurar un servicio con altos estándares de calidad, de satisfacción y atención oportuna, apuntando al mejoramiento continuo y brindando oportunidades de mejora en la prestación de servicios, junto a la participación activa del personal involucrado en el modelo de atención del paciente.

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 3-2

VERSION: 4

REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno



Se realizó la verificación con aplicación del instrumento de “paciente trazador” en un paciente Masculino de 63 de años, quien estuvo en los servicios de Cirugía y hospitalización del Hospital Local del Norte, al cual se le aplicó lista de chequeo con el fin de evidenciar el cumplimiento de los rangos de evaluación según la calificación cualitativa otorgada en la Herramienta Paciente Trazador. En compañía de los profesionales de calidad y auditoria se desarrolló la visita de la siguiente manera:

- Se realizó reunión de apertura de la verificación con la líder del servicio de hospitalización, donde se les dio a conocer la realización de la actividad y el instrumento que se utilizó para la verificación de la calidad en los servicios de atención del usuario. Se aclara que se indagará al paciente temas relacionados con: protocolos, si el personal le informó los derechos y deberes, presentación del equipo profesional, médico y auxiliares que lo atenderán, si recibió educación del procedimiento que recibió, revisión del mobiliario hospitalario y las condiciones de estadía, explicación anestésica, revisión de consentimiento informado y en general con aspectos general que involucran la correcta prestación del servicio en salud.

- Se procedió a desplazarse al servicio de Hospitalización con el fin de seleccionar el Paciente Hospitalizado de acuerdo con los criterios de selección:

- Que haya permanecido entre 3 y 5 días en la institución.
- Que tenga alto riesgo clínico, alto volumen de atención en el servicio.
- Que el usuario sea sometido al menos a un procedimiento que requiera consentimiento informado.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4	PAGINA: 4-2

➤ Que el usuario sea sometido al menos a un procedimiento que requiera consentimiento informado Atendido en por lo menos 3 servicios de la institución.

➤ Que el usuario se encuentre próximo a su egreso y en aceptables condiciones para atender la entrevista.

Se dio inicio de la aplicación de la lista de chequeo del “Paciente Trazador” con el equipo de Calidad en el área de Hospitalización que es donde se encuentra el usuario seleccionado, el cual se trata de un paciente Masculino de 63 de años, quien estuvo en los servicios de Cirugía y hospitalización del Hospital Local del Norte, realizando:

- Auditoria de la Historia clínica.
- Entrevista al Personal Asistencial: Se explica el proceso y se inicia verificación con Lista de Chequeo Paciente Trazador.
- Visitas a Servicios de Apoyo.
- Evaluación del Entorno del Paciente.
- Entrevista al Paciente y familiares.

En la visita se verifica el porcentaje de cumplimiento de los siguientes estándares:

- ✓ Derechos del paciente
- ✓ Seguridad del Paciente
- ✓ Acceso, registro e ingreso y evaluación de necesidades al ingreso
- ✓ Planeación de la atención
- ✓ Ejecución del tratamiento
- ✓ Evaluación de la atención
- ✓ Salida y seguimiento
- ✓ Gestión ambiental

El desarrollo de la visita fue el siguiente:

De manera simultánea los profesionales de la oficina de calidad y auditoría realizan la verificación de los estándares, evidenciando las falencias, debilidades y fortalezas.

Se inicia la entrevista al paciente identificado, presentando el equipo que acompaña la visita. Se le informa al paciente que se está realizando visita de seguridad del paciente para conocer el estado del paciente y las condiciones en las cuales recibió la prestación del servicio.

Se evidencia que el paciente tiene conocimiento general del procedimiento que le realizaron, firmando el consentimiento y recibiendo la información del procedimiento. Visita con anestesiólogo en el cual se le informa que la anestesia seria general.

Durante el dialogo con el paciente se evidencia retrasos en la programación de la cirugía y una vez programada se canceló dos veces por causas atribuibles a la entidad.

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 5-2

VERSION: 4

REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Del día señalado para la cirugía, manifiesta estar satisfecho con el trato brindado por el personal médico, quien le explicó el medicamento que se le suministraría y el procedimiento a realizar.

Durante la hospitalización, el paciente informa que le explicaron la finalidad de las manillas de identificación. Manifiesta que la jefe se identificó se presentó y que se puso a disposición para lo que requiriera durante su hospitalización. Manifiesta conocer los medicamentos aplicados durante su hospitalización. Manifiesta haber recibido buen trato por parte del personal médico y que se siente satisfecho y recomendaría a la institución.

Durante la visita del equipo de profesionales de calidad y auditoría se recibió la ronda del médico que operó al paciente, por lo tanto, pudimos verificar directamente el examen físico adelantado por el médico y las preguntas de rigor para conocer el estado del paciente. El médico indagó al paciente sobre su estado general, quien contestó sentirse bien y sin dolor.

El médico informa al paciente que se dará salida, brindándole información acerca del retiro de puntos y los medicamentos que suministrará para continuar con su recuperación en casa y la cita de seguimiento y control. Se informa igualmente los signos de alarma para acudir a urgencias inmediatamente.

La jefe líder de infecciones realiza las anotaciones pertinentes frente a las heridas de la operación, el lavado, limpieza y el cuidado general de estas, indicaciones generales de los riesgos y los signos de alerta para acudir al servicio de urgencias. De igual manera, indaga al paciente sobre las medidas de cuidado de la vía durante su hospitalización, manillas de seguridad y cuidados generales durante la hospitalización.

Durante la visita intervino la ingeniera ambiental de la ESE ISABU quien indaga acerca de las condiciones de la gestión ambiental adelantada con el paciente, informando que debido a que se encuentra en una habitación marcada con aislamiento, se debe manejar otra clase de segregación, sin embargo, tal riesgo no le asiste al paciente, la ubicación en esta habitación se debe a la necesidad del servicio, por lo tanto, las canecas no son las adecuadas para el paciente. Se identificó una inadecuada segregación que no puede ser endilgada al paciente o al servicio, ya que esto se debe a la necesidad del servicio. La disposición en el servicio se identificó correcto. Correcta utilización del guardián y el manejo de la segregación en el carro.

En la aplicación de la lista de chequeo con el personal del servicio, se escogió a un auxiliar de enfermería y con líder del servicio, a quienes se le indagó sobre el conocimiento que tiene acerca de: seguridad del paciente, riesgos de identificación del paciente, conocimiento del reporte de eventos adversos a través de PANACEA, manejo del evento adverso y estrategias para la prevención de infecciones. Se indaga igualmente al personal del servicio sobre las campañas ecológicas que se manejan en la ESE ISABU, explicando desde la gestión ambiental los pormenores de cada una de ellas.

Junto con el auditor médico se realizó la revisión de la historia médica, quien identificó una inconsistencia que relaciona al área de facturación y sistemas, pero no al servicio. Referente al manejo frente al tratamiento y la guía de manejo, que ya está adoptada frente a la intervención que se realizó en el paciente, concluyéndose que el tratamiento de hospitalización se encuentra acorde a la guía. Se revisan los tiempos de la profilaxis antibiótica.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 6-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

El auditor medico visita al paciente y verifica lo consignado en la historia clínica, indagando sobre temas relacionados con los trámites del procedimiento realizado, posibles demoras en la cirugía, canalización, información de los medicamentos que se le iban a suministrar evidenciando incumplimiento en la profilaxis antibiótica. Se indagó al paciente sobre la consulta con el anestesiólogo, trato recibido por el personal y la información que brindaban acerca de los medicamentos recibidos. El paciente manifiesta conocer la indicación del médico que lo operó, controles y recomendaciones médicas y signos de alarma.

Como retroalimentación de la actividad, se reunió al personal que se encontraba presente en el servicio, el grupo de profesionales de la oficina de calidad y auditoría realizaron su diagnóstico, que a manera general se encontraba acorde, pese a que hay observaciones frente al adecuado lavado de manos en el personal, deficiencia en la aplicación de las escalas de riesgos y deficiencia en el diligenciamiento de formatos de anestesia, no se conocen las políticas institucionales, se desconoce los indicadores y evaluación de resultados de los indicadores evaluados y en general aspectos relacionados a la cultura organizacional y en tampoco se conocen algunas guías de prácticas clínicas a pesar de haber sido socializadas, indebida segregación en las canecas incorrectas debido por la estancia del paciente en una habitación de aislamiento, sin cumplir con los requisitos para esta clasificación, se observó recipientes blancos con toallas de lavado de manos, de igual manera se recomienda conocer a profundidad y aplicar las campañas medio ambientales que se desarrollan en la entidad.

Para resaltar, el paciente se siente muy conforme con el trato del personal médico y recomendaría a la entidad.

De igual manera la oficina de control interno realizó una apreciación frente a lo evidenciado en la visita, manifestando su inconformidad frente a la actitud de algunas personas que hacen parte del servicio, ya que se evidencia poca recepción a la visita dificultando la labor de las oficinas; se resalta la importancia de este tipo de ejercicios los cuales permiten identificar factores que ayuden a la mejora del servicio, se hace un llamado generalizado a acatar las recomendaciones en pro del mejoramiento continuo de la entidad.

Como resultado general, los resultados obtenidos de acuerdo con los estándares verificados se tiene los siguientes rangos de cumplimiento:

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 7-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

ESTANDAR	A QUIEN SE LE APLICO LA ENTREVISTA	CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL				TOTAL	
		Cumplimiento satisfactorio	Cumplimiento parcial	No cumplimiento	No Aplica	CUMPLIMIENTO %	CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR
DERECHOS DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	1	0	2	0	33	17
	Colaborador, revisión de HC y observación	0	1	1	0	0	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Paciente y/o familia	13	0	1	1	93	86
	Colaborador, revisión de HC y observación	15	2	2	4	79	
ACCESO, REGISTRO E INGRESO Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	Paciente y/o familia	4	0	3	0	57	74
	Colaborador, revisión de HC y observación	10	1	0	2	91	
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	Paciente y/o familia	7	0	0	0	100	79
	Colaborador, revisión de HC y observación	16	1	4	0	58	
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	Paciente y/o familia	2	0	0	0	100	100
	Colaborador, revisión de HC y observación	7	0	0	0	100	
EVALUACION DE LA ATENCION	Paciente y/o familia	4	0	0	0	100	90
	Colaborador, revisión de HC y observación	1	0	1	0	80	
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Paciente y/o familia	2	0	0	0	100	100
	Colaborador, revisión de HC y observación	4	0	0	0	100	
GESTION AMBIENTAL	Paciente y/o familia	2	0	0	0	100	100
	Colaborador, revisión de HC y observación	1	0	0	1	100	
TOTAL		89	5	14	8		
CUMPLIMIENTO POR PACIENTE		82					

Al verificar el cumplimiento obtuvo un puntaje del 82% con una evaluación de Cumplimiento parcial.

DERECHOS DEL PACIENTE	17
SEGURIDAD DEL PACIENTE	86
ACCESO, REGISTRO E INGRESO Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	74
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	79
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	100
EVALUACION DE LA ATENCION	90
SALIDA Y SEGUIMIENTO	100
GESTION AMBIENTAL	100

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 8-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

CONCLUSIÓN DE LA VISITA DE PACIENTE TRAZADOR

Durante la visita de paciente trazador, a pesar de haberse identificado debilidades en la aplicación de las listas de chequeo relacionadas con seguridad del paciente, derechos del paciente, acceso, registro e ingreso y evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, salida y seguimiento y gestión ambiental, estas debilidades hacen parte de un compendio de actividades que conforman un plan de mejora que se levanta en el momento y se corrige de manera inmediata. Respecto a debilidades que requieren de un desarrollo a largo plazo, las actividades de mejora se llevan al compilado de actividades del PAMEC para la vigencia y se desarrollan con el fin de continuar fortaleciendo la cultura de la mejora continua.

Teniendo en cuenta lo anterior, es por esta razón que desde la oficina de control interno se desarrolló un informe final debido a que no se presentaron hallazgos ni recomendaciones que realizar ante el proceso auditado.

2. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION PAMEC – III TRIMESTRE DE 2024

El PAMEC es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Es un mecanismo que permite a las instituciones de salud en Colombia evaluar y mejorar de manera continua la calidad de la atención que brindan.

En la ESE ISABU, el proceso de PAMEC es adelantado desde la oficina asesora de calidad, quien tiene a su cargo la implementación y el seguimiento de la ruta crítica de PAMEC. Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina de control realiza seguimiento al avance del PAMEC con corte a III trimestre (julio, agosto y septiembre) de 2024.

2.1. RUTA CRITICA PAMEC



INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 9-2
VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

La metodología utilizada para la estructuración del PAMEC está basada en la conformación de grupos de autoevaluación y la aplicación de los pasos de la ruta crítica según las disposiciones impartidas por la Secretaría de Salud departamental de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2. AUTOEVALUACIÓN

Para el proceso de autoevaluación, fue necesario previamente desarrollar un cronograma de la ruta crítica PAMEC, que inició con la capacitación y conformación de los 8 grupos de trabajo por cada estándar. De esto se registra evidencia en el informe correspondiente a los avances del primer trimestre de 2024, allegado a esta oficina de control interno.

Grupo Estándares Gerencia

LÍDER: Gerente Germán Gómez Lizarazo

Integrantes:

Subgerente Científico: Dr. Jaime Rodríguez
Subgerente Administrativo: Dra. Carmen Cecilia Rincón
Profesional Especializado Calidad: Dra. Astrid Yadira Maldonado Murcia
Jefe Oficina Jurídica: Dra. Daira Mesa
Profesional SIAU: Juan Vicente Silva
Jefe Planeación y Direccionamiento Estratégico: Dr. Camilo Maldonado
Profesional Planeación: Sandra Milena Amaya
Directora unidades hospitalarias: Dra. Clara Inés Strauch Díaz
Directora Técnica zona sur: Martha Rodríguez Archila:
Directora técnica zona norte: Martha Lucia Oliveros:
Jefe Control Interno: Silvia Juliana Pinzón Cuevas

Grupo Estándares Gestión de la tecnología

LÍDER: María Lucia Cristancho. Ingeniera Biomédica

Integrantes:

Subgerente Científico: Dr. Jaime Rodríguez
Directora técnica zona norte: Martha Lucia Oliveros:
Directora Técnica zona sur: Martha Rodríguez Archila:
Coordinador Sistemas: William Figuera
Almacenista general: Dany Alejandra Hernández
Profesional Habilidades: Driny Guarín
Profesional sistemas: Carlos Sierra

Grupo Estándares Cliente Asistencial-PACAS

LÍDER: Subgerente Científico: Jaime Rodriguez:

Integrantes:

DERECHOS Y DEBERES-SEGURIDAD DEL PACIENTE
Profesional SIAU: Juan Vicente Silva

Trabajadora Social: Delys Campos

Directora unidades hospitalarias: Dra. Clara Inés Strauch Díaz

Directora Técnica zona sur: Martha Rodríguez Archila

Directora técnica zona norte: Martha Lucia Oliveros

Profesional Convenios: Gloria Plazas

Profesional Humanización: Driny Guarín

Coordinadora Odontología: Sandra Zehner

Auditor Médico: Gonzalo Domínguez

Jefe de seguridad del paciente: Diana Fajardo

Coordinadora Laboratorio Clínico: Dully Tavera

Líder Radiología: Denis Salazar

Jefe Urgencias: Iván Serrano

Jefe de Internación: Alexis López

Jefe de partos: Laura Lozano

Jefe de cirugía: Magnolia Salcedo

Jefe Consulta Externa: Leidy Rodríguez

Líder apoyo terapéutico: Mariluz Acosta

Grupo Estándares Direccionamiento

LÍDER: Dr. Camilo Maldonado

Integrantes:

Subgerente Científico: Dr. Jaime Rodríguez
Subgerente Administrativa: Dra. Carmen Cecilia Rincón
Profesional especializado Calidad: Astrid Yadira Maldonado Murcia
Jefe Oficina Jurídica: Dra. Daira Mesa
Profesional SIAU: Juan Vicente Silva
Jefe Planeación y dirección Estratégico: Dr. Camilo Maldonado
Profesional Especializado Planeación: Sandra Milena Amaya
Directora unidades hospitalarias: Dra. Clara Inés Strauch Díaz
Directora Técnica zona sur: Martha Rodríguez Archila
Directora técnica zona norte: Martha Lucia Oliveros
Jefe Control Interno: Silvia Juliana Pinzón Cuevas

Grupo de Estándares de Mejoramiento Continuo:

LÍDER: Profesional de Calidad: Astrid Maldonado

Integrantes:

Subgerente Científico: Dr. Jaime Rodríguez
Subgerente Administrativo: Dra. Carmen Cecilia Rincón
Jefe de Calidad: Dra. Astrid Yadira Maldonado Murcia
Jefe Oficina Jurídica: Dra. Daira Meza
Profesional SIAU: Juan Vicente Silva
Jefe Planeación y Direccionamiento Estratégico: Dr. Camilo Maldonado
Directora unidades hospitalarias: Dra. Clara Inés Strauch Díaz
Directora Técnica zona sur: Martha Rodríguez Archila:
Directora técnica zona norte: Martha Lucia Oliveros:
Jefe Control Interno: Silvia Juliana Pinzón Cuevas

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 10-2
	VERSION: 4	REISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Grupo Estándares Gerencia de la Información
LÍDER: Ingeniero William Figueiroa
Integrantes:
 Profesional sistemas: Carlos Sierra:
 Líder Promoción y prevención: Diana Carolina Ortiz
 Profesional Subcientífica: Liliana Basto Anaya

Grupo Estándares Gestión de Ambiente Físico
LÍDER: Ingeniera Dany Alejandra Hernández
Integrantes:
 Subgerente Administrativo: Dra. Carmen Cecilia Rincón
 Jefe de seguridad del paciente: Diana Fajardo
 Regente de Farmacia: Eliana Duque
 Químico Farmacéutico: Gabriel Correa
 Ingeniero Ambiental: Elizabeth Arenas
 Líder de Seguridad y salud en el trabajo

Adicionalmente evidencia esta oficina de control interno que se surtió el proceso de capacitación el 27/12/2023 al personal convocado y se establecieron las fechas (cronograma) para la realización de la autoevaluación, en cumplimiento de la Resolución 2082 de 2014 y normas concordantes.

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA RUTA CRITICA PAMEC 2024					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
REALIZAR CAPACITACION QUE ES LA AUTOEVALUACION EN ACREDITACION Y RUTA CRITICA PAMEC-DEFINICION EQUIPOS DE AUTOEVALUACION	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	dic-23	AUDITORIO 4 PISO HLN	SE DEBE SENSIBILIZAR A LOS LIDERES EN LA IMPORTANCIA DEL PAMEC COMO HERRAMIENTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO	REUNIÓN PRESENCIAL PARA AFIANZAR CONCEPTOS SOBRE RUTA CRITICA Y AUTOEVALUACION DE ESTADARES DE ACREDITACION-SELECCION LIDERES DE AUTOEVALUACION DE ESTADARES DE ACREDITACION.
ELABORACION DOCUMENTO PAMEC	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD	Febrero de 2024	UIMIST	PARA PLANIFICAR EL DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA PAMEC 2024	BASADOS EN LAS PAUTAS PARA ELABORACION DE DOCUMENTO PAMEC DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER
AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CALIDAD LIDERES EQUIPO DE AUTOEVALUACION	ENERO-FEBRERO DE 2024	AUDITORIO 4 PISO HLN	PARA PODER MEDIR LA CALIDAD OBSERVADA	SE REALIZARA AUTOEVALUACION DE ACUERDO A LA GUIA DE ACREDITACION DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y CON LA HERRAMIENTA DADA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION	LIDERES EQUIPO DE AUTOEVALUACION	Marzo de 2024	AUDITORIO 4 PISO/VIRTUAL	PARA SELECCIONAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO A DESARROLLAR EN EL PAMEC 2024	APLICANDO LA MATRIZ DE PRIORIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	LIDERES EQUIPO DE AUTOEVALUACION JEFE OFICINA DE CALIDAD	Marzo de 2024	VIRTUAL	DEFINIR QUE QUEREMOS MEJORAR Y QUE BRECHAS QUEREMOS CERRAR	DEFINIR LA CALIDAD ESPERADA Y EL INDICADOR DE RESULTADO PARA CADA OPORTUNIDAD DE MEJOREAMIENTO
DEFINICION DEL PLAN DE ACCION	JEFE OFICINA DE CALIDAD PROFESIONAL LIDERES EQUIPO DE AUTOEVALUACION	1/03/2024-30-03-2024	AUDITORIO 4 PISO/VIRTUAL	LOGRAR LA CALIDAD ESPERADA	PLANTEAR PARA CADA OPORTUNIDAD DE MEJORA EL CICLO PHVA, RESPONSABLES Y FECHAS DE CUMPLIMIENTO
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	EQUIPO PAMEC	1/03/2024-30-11-2024	TODO ISABU	PARA TRABAJAR LAS BRECHAS DE NO CALIDAD Y LOGRAR LA CALIDAD ESPERADA	EJECUTAR LAS ACCIONES PLANTEADAS DE ACUERDO AL CICLO PHVA Y EN LAS FECHAS PLANTEADAS
AUDITORIAS INTERNAS	EQUIPO PAMEC	SEMANA DEL 17-21 DE JUNIO 2024 SEMANA DEL 16-20 DE SEPTIEMBRE DE 2024 SEMANA DEL 12-15 DE NOVIEMBRE DE 2024	TODO ISABU	PARA HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	REALIZANDO REUNION Y VISITA A LOS SERVICIOS CON LOS LIDERES DEL PROCESO PARA REVISION DE AVANCES PAMEC
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	EQUIPO PAMEC	INFORME DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL-DICIEMBRE 2024	UIMIST	IDENTIFICAR LOS PROCESOS EN LOS CUALES A TRAVES DEL PAMEC GENERARON APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	REVISAR DE TODAS LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO PLANTEADAS CUALES GENERARON APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 11-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

En cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2082 de 2014, en la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación, se establece en el Artículo 7. Proceso de autoevaluación de estándares de acreditación: "La autoevaluación de los estándares de acreditación involucra la identificación de las siguientes dimensiones en el cumplimiento de los estándares:

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

La calificación de los estándares de acreditación 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, de acuerdo con la escala de 1 a 5 de calificación según la Hoja de Radar.

Evidencia esta oficina de control interno que en cumplimiento de la Resolución 2082 de 2014 y normas concordantes se realizó la respectiva autoevaluación por estándar, durante los meses de enero y febrero, definiendo para la autoevaluación cualitativa las fortalezas y oportunidades de mejora, mientras que, para la autoevaluación cuantitativa, según el grado de avance en la implementación del estándar se asignó una calificación, de conformidad con la autoevaluación emitida por cada uno de los equipos y en observancia de la aplicación de la matriz dada por la Oficina de Calidad de la Secretaría de Salud Departamental.

La autoevaluación de estándares de acreditación se realizó aplicando la matriz dada por la Oficina de Calidad de la Secretaría de Salud Departamental.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 12-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

2.3. SELECCIÓN PROCESOS

Continuando con la Ruta establecida, la ESE ISABU en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud –PAMEC establece la relación existente entre el modelo de operación por procesos y la metodología de Acreditación en Salud y sus Grupos de Estándares mediante la matriz de correlación de procesos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se determina la relación directa existente entre procesos y grupos de estándares, de esta forma se asocia la selección de los procesos a la priorización de oportunidades de mejoramiento:

Procesos Estratégicos:

Segundo nivel Primer Nivel	Estándares de Direccionamiento	Estándares de Gerencia	Gerencia del Recurso Humano	Gerencia de la Información	Mejoramiento de la calidad
Planeación y direccionamiento Estratégico	X	X	X	X	X
Gestión Atención al Usuario	X	X		X	X
Gestión de Calidad	X			X	X
Gestión del Talento Humano	X	X		X	X

Procesos Misionales:

Segundo nivel Primer Nivel	Direccionamiento Gerencia	Estándares de Apoyo	Mejoramiento de la calidad	Estándares Asistenciales
Urgencias	X	X	X	X
Internación	X	X	X	X
Cirugía y atención de Partos	X	X	X	X
Atención Ambulatorios	X	X	X	X
Apoyo Diagnóstico	X	X	X	X
Apoyo Terapéutico	X	X	X	X

Procesos de Apoyo y de Evaluación:

Segundo nivel Primer Nivel	Estándares de Gerencia	Gerencia del Talento Humano	Gerencia del Ambiente Físico	Gerencia de la Información	Gerencia de la Tecnología	Mejoramiento de la calidad	Estándares Asistenciales
Gestión de Recursos físicos			X	X	X	X	X
Gestión de las TICS				X	X	X	X
Gestión Jurídica	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de Control Internoo	X	X	X	X	X	X	X
Gestión Financiera	X	X	X	X	X	X	X

 ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 13-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

2.4. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS / OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

A partir de la autoevaluación se priorizaron los procesos de acuerdo con las oportunidades de mejora para definir acciones que cuenten con un mayor valor por cada grupo de estándares; igualmente se definen los criterios de priorización por estándar y se semaforiza la escala a emplear para identificar los procesos.

La ESE ISABU adopta la metodología de priorización según el ABC de los planes de mejoramiento en Acreditación del Ministerio de Protección Social, las oportunidades de mejora se priorizan por variables de alto riesgo, alto costo y volumen, calificándolas de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

En el ejercicio realizado desde la Oficina de Calidad se priorizaron de la siguiente manera:

GRUPO DE ESTÁNDARES	NUMERO DE ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES IDENTIFICADAS	OPORTUNIDADES PRIORIZADAS	ACCIONES FORMULADAS DE ACUERDO A CICLO PHVA
Direccionamiento	18	18	0	0
Gerencia	21	21	2	8
Gerencia del Talento Humano	19	19	6	25
Gerencia del ambiente físico	14	14	7	29
Gestión de la tecnología	12	12	2	9
Gerencia de la información	18	18	5	20
Cliente asistencial	94	94	25	105
Mejoramiento continuo	5	5	2	8
Total	201	201	49	204

La matriz usada para priorizar es la establecida por la Secretaría de Salud departamental de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Durante la vigencia 2024, se realizó la implementación de las oportunidades de mejoramiento de cada uno de los grupos de estándares con el fin de lograr el avance en el cumplimiento en un 20%, con respecto al resultado obtenido en la autoevaluación del año 2023 realizada en febrero de 2024.

Cada oportunidad de mejoramiento tiene un indicador de resultado definido como calidad esperada y una línea base calidad observada.

Para cada oportunidad de mejoramiento se desarrolló las acciones de mejoramiento respectivas en ciclo PHVA, definiendo su producto entregable, fechas de inicio y fin, así como el responsable, a través de la matriz de tercera generación dada por el Ministerio de salud y protección social.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 14-2
	VERSION: 4	REISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

La fecha de inicio de ejecución de los planes de mejoramiento es 4 de abril de 2024 hasta 15 de diciembre de 2024, y se tiene programado realizar tres (3) seguimientos trimestrales a partir de la entrega de los planes de mejoramiento. Para la fecha de este informe se ha surtido con dos (2) de los tres (3) seguimientos programados.

2.6. PLAN DE ACCIÓN

La ESE ISABU determinó el plan de acción de los procesos seleccionados para el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, estableciendo por cada estándar, una oportunidad de mejora y una acción de mejora establecido bajo el ciclo PHVA, con una periodicidad, fechas de inicio y terminación de la acción de mejora y estableciendo el responsable del entregable y el cumplimiento, permitiendo con ello realizar un seguimiento mucho más efectivo del avance de las actividades establecidas.

FORMATO PARA PLAN DE ACCIÓN DE PROCESOS SELECCIONADOS PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.		CÓDIGO VERSIÓN FECHA DE APROBACIÓN PÁGINA	
	Regresar	Mi-QS-RG-491	
MUNICIPIO: MIT DEL DERECHO: MIT DE LA SALIDA: MIT DE LA ENTRADA: REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD	BUCARAMANGA ESE ISABU 888884286 HERMAN ZARATE ORTEGON		7/07/2022 7 de 9
ESTÁNDAR / COMPETENCIA	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	Número de veces a ejecutar la acción de mejora en el período
DERECHOS DE LOS PACIENTES ESTÁNDAR (RQCP) La ejecución cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes. Incorporada al plan de desarrollo estratégico de la organización, que contiene la política de respeto a los derechos y deberes de los pacientes. El contenido de la declaración de los mismos por parte de la alianza de usuarios evalúa que estos comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que evalúan que entienden y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	Fortalecer la adherencia al decálogo de derechos y deberes a partir del despliegue de los mismos por parte de la alianza de usuarios.	1. Desarrollar estrategias de difusión de los derechos y deberes a través de las redes sociales. 2. Desarrollar estrategias de orientación en las unidades de salud. 3. Realizar la sensibilización de los trabajadores de la atención de los usuarios. 4. Desarrollar estrategias de sensibilización a los usuarios de la atención. 5. Realizar reuniones de trabajo entre los diferentes sectores de la institución. 6. Realizar reuniones de trabajo entre los diferentes sectores de la institución.	Trimestral Trimestral Trimestral Trimestral Trimestral Trimestral
-Los derechos de los pacientes les son informados y si las condiciones			
DERECHOS DE LOS PACIENTES Evaluación (AiDPM6) - RESOLUCIÓN 0382 DE 2013	La Institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que consideren la accesibilidad a los pacientes y sus familias, acompañando y/o coadyuvando durante la atención.	1. Desarrollar estrategias de atención a los pacientes y sus familias, acompañando y/o coadyuvando durante la atención.	Trimestral
Criterios:			
La institución busca reducir las barreras lingüísticas, culturales y de otro tipo para acceder a los servicios.	Fortalecer el despliegue del Protocolo de Enfoque diferencial.	1. Realizar la sensibilización del personal de la institución. 2. Realizar la sensibilización del personal de la institución. 3. Realizar la sensibilización del personal de la institución.	Trimestral Trimestral Trimestral

Evidencia esta oficina de control interno el diligenciamiento del formato establecido para el plan de acción PAMEC en el cual se contiene la información antes relacionada. Esta herramienta permite un seguimiento más preciso frente al avance de las acciones de mejora.

2.7. SEGUIMIENTO EJECUCIÓN

La oficina de calidad realiza seguimiento al plan de acción, analizando las evidencias entregadas por cada uno de los responsables, frente al cumplimiento de las acciones de mejora, relacionando el total de acciones de mejora ejecutadas en el periodo, estableciendo frente al cumplimiento el porcentaje de avance a la fecha y reportando el soporte o documento que evidencia la ejecución para cada uno de los trimestres evaluados. La información se consigna en un cuadro denominado “Formato para seguimiento a ejecución del plan de acción de procesos seleccionado para el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”.

INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 15-2

VERSION: 4

REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno



FORMATO PARA SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE PROCESOS SELECCIONADOS PARA EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

INFORME DE EJECUCIÓN PAMEC I TRIMESTRE

En lo correspondiente al primer seguimiento, la oficina de calidad reporta el inicio a la ruta crítica PAMEC, cuyo cumplimiento se encuentra acorde con el cronograma establecido.

En el informe de ejecución PAMEC I trimestre 2024, se relaciona el desarrollo y cumplimiento de los pasos de la ruta crítica PAMEC, iniciando con la capacitación en el programa de auditoría por grupos de autoevaluación, simultáneamente a la conformación de los grupos de autoevaluación por cada estándar. Lo anterior sirve de base para el inicio del trabajo más importante el cual parte de la base de la autoevaluación de cada estándar por cada grupo, quienes identifican fortalezas y acciones de mejora bajo el precepto de la selección de procesos y oportunidad de mejorar a priorizar. Respecto a cada oportunidad de mejoramiento, se tiene un indicador de resultado definido como calidad esperada y una línea de base de calidad observada. Con esto se da cumplimiento a las primeras fases de la ruta crítica PAMEC.

INFORME DE EJECUCIÓN PAMEC II TRIMESTRE

Durante el 15 de junio al 10 de julio de 2024, la oficina de calidad realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones programadas a través de las siguientes estrategias: grupos primarios, reunión de grupos de autoevaluación, visita por parte de la profesional de PAMEC a los servicios y metodología de paciente trazador.

Al primer semestre se obtuvieron los siguientes resultados, compilados en el informe allegado a esta oficina de control interno como evidencia del cumplimiento.

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA			FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CÓDIGO: CIN-F-013			FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	VERSION: 4			PAGINA: 16-2
				REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA PROGRAMADAS	ACCIONES CICLO PHVA	ACCIONES CUMPLIDAS I TRIM	ACCIONES CUMPLIDAS II TRIM	ACCIONES ATRASADAS II TRIM	TOTAL ACCIONES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL
Gerencia	2	8	0	4	0	4	50%
Gerencia del Talento Humano	6	25	0	6	0	6	24%
Gerencia del ambiente físico	7	29	3	7	0	10	34%
Gestión de la tecnología	2	9	1	1	0	2	22%
Gerencia de la información	5	20	1	6	0	7	35%
Cliente asistencial	25	105	9	41	0	50	48%
Mejoramiento continuo	2	8	0	2	0	2	25%
TOTAL	49	204	14	67	0	81	40%

En el informe correspondiente al primer semestre de 2024, se hace un recuento de las acciones de mejora más destacadas del programa teniendo en cuenta algunos estándares, enfatizando en los excelentes resultados obtenidos.

Se evidencia un avance correspondiente al 40% lo que significa un progreso aceptable, más si tenemos en cuenta que la mayoría de las acciones se encuentran programadas para cumplir en los meses de julio y septiembre, por lo tanto, será en el tercer trimestre donde se evidencie un avance más significativo de las oportunidades de mejora programadas.

INFORME DE EJECUCIÓN PAMEC III TRIMESTRE

Para el III trimestre se plantearon 69 acciones de mejora las cuales se cumplieron al 100%, se logró un porcentaje de avance total de 74%, lo cual es óptimo teniendo en cuenta que el I trimestre del año es el período de diseño y formulación del PAMEC, por lo tanto, el PAMEC se desarrolla en 3 trimestres a los cuales se les asigna un porcentaje de 33%; es decir que a corte de III Trimestre el porcentaje de avance proyectado es de 66% y se logró un 74%.

ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA PROGRAMADAS	ACCIONES CICLO PHVA	ACCIONES CUMPLIDAS I TRIM	ACCIONES CUMPLIDAS II TRIM	ACCIONES PROGRAMADAS III TRIMESTRE	ACCIONES CUMPLIDAS III TRIMESTRE	TOTAL ACCIONES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL
Gerencia	2	8	0	4	4	4	8	100%
Gerencia del Talento Humano	6	25	0	6	14	14	20	80%
Gerencia del ambiente físico	7	29	3	7	11	11	21	72%
Gestión de la tecnología	2	9	1	1	4	4	6	67%
Gerencia de la información	5	20	1	6	3	3	10	50%
Cliente asistencial	25	105	9	41	30	30	80	76%
Mejoramiento continuo	2	8	0	2	3	3	5	63%
TOTAL	49	204	14	67	69	69	150	74%

Durante los meses de agosto y septiembre se realizó de conformidad con el cronograma, las auditorías internas con el fin de verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento PAMEC, en las cuales se verificó acciones de mejora relacionadas con el estándar de Cliente Asistencial, estándar de gerencia y mejora continua, estándar de talento humano, estándar gestión de la tecnología y ambiente físico y estándar gerencia de la información.

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021 FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 17-2
	VERSION: 4	REVISÓ Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Para el IV trimestre, se encuentran pendientes para desarrollar 54 acciones de mejora, las cuales en su mayoría son informes de monitoreo y cierre de ciclo.

2.8. EVALUACIÓN

Para la fecha de seguimiento en el marco de esta auditoría no se registró la evaluación definitiva, sin embargo, en diligencia de entrevista con la profesional especializada de la oficina de Calidad y Auditoria, se espera un cumplimiento del 100% de las actividades a corte de 2024.

CONCLUSIÓN DE LA VERIFICACIÓN AL SEGUIMIENTO PAMEC 2024

A manera general el cumplimiento del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud cumple con el cronograma previamente establecido, se realizan los seguimientos programados con el fin de identificar incumplimientos que puedan afectar el avance de las acciones de mejora y del programa en general.

Se cumple con la ruta crítica acatando cada uno de los estadios desde su conformación hasta las de las acciones de seguimiento realizadas por la oficina de calidad, cumpliendo con ello con lo establecido en la Resolución 5095 del 2018, Resolución 1328 de 2021 y Resolución 2082 de 2014.

PLANES DE MEJORAMIENTO: La verificación de la información recaudada en el proceso auditado no generó hallazgos o recomendaciones que realizar, por lo tanto, no se generó la necesidad de estructurar un plan de mejoramiento.

RECOMENDACIONES: Esta oficina de control interno solicita a la Gestión Calidad y Auditoría compartir el cronograma establecido para la visita de paciente trazador, una vez se establezca, lo anterior con el fin de que se acompañe, por parte de esta oficina de control interno la visita y se realice la evaluación correspondiente.

CONCLUSIONES: No se generaron hallazgos en la presente auditoría por lo tanto no se hace necesario ni informe preliminar ni la estructuración de un plan de mejoramiento.

Equipo auditor,

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

Equipo auditor de apoyo:
Vianey González Gamarra - María Alicia Navarro Alba
Profesionales de apoyo Control Interno