

**EVALUACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN  
DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD (PAMEC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA,  
BOGOTÁ**

**PRESENTADO POR:  
DIANA MAYERLY LÓPEZ ZÚÑIGA  
PAOLA PUENTES PARRA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA ENSALUD  
BOGOTÁ D.C  
2019**

**EVALUACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN  
DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD (PAMEC) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA,  
BOGOTÁ**

**PRESENTADO POR:  
DIANA MAYERLY LÓPEZ ZÚÑIGA  
PAOLA PUENTES PARRA**

**ASESOR:  
LILIANA CASTILLO RODRÍGUEZ  
MSc. Salud Pública**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
FACULTAD DE ECONOMÍA  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA ENSALUD  
BOGOTÁ D.C  
2019**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
3. ANTECEDENTES.....	6
3.1 MARCO INSTITUCIONAL .....	6
3.2 MARCO LEGAL .....	7
4. JUSTIFICACIÓN.....	10
5. METODOLOGÍA.....	11
6. RESULTADOS.....	12
7. CONCLUSIONES .....	23
8. ANEXO .....	24
8.1 GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	24
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

## **1. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad el sistema de salud ha presentado una reestructuración, la cual exige a las entidades a que presten un servicio de salud con estándares de calidad, que contribuya a brindar una mejor calidad de vida a los pacientes (1).

Para ello, en busca de lograr mejorar esa atención el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), reglamentado por el Decreto 1011 del 2006, define a la calidad como: provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo como base el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (1).

Por lo anterior, las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se enfocan en la prestación de servicios con los principios del decreto citado que son: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, para lograr una atención con eficacia, eficiencia y efectividad en donde la acreditación se constituya como su meta (1, 2).

Conociendo la importancia que tiene que las entidades presten un servicio de atención de calidad, esta monografía pretende evaluar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), en el Hospital Universitario la Samaritana (HUS) de Bogotá y proponer acciones de mejora. Además, de plantear 3 instrumentos que contribuyan con los procesos en los cuales se identifiquen como hallazgos dentro de la lista de chequeo propuesta por el Ministerio de Salud, con el fin de que se genere el fortalecimiento de la gestión de la Calidad de dicha Institución (2).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Evaluar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la atención de salud en el Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, con el fin de plantear propuestas de mejora.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Realizar una revisión documental del proceso del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá, con el fin de proponer acciones de mejora.
- Aplicar la lista de chequeo del Ministerio de Salud para medir los estándares de acreditación al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá.
- Plantear propuestas de mejora y así contribuir en el fortalecimiento de la gestión de la Calidad del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) del Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá.

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1 Marco Institucional**

El HUS, es una Empresa de Servicios de Salud de Alta y Mediana Complejidad, con 73 años de calidad en actividad docente, científica y asistencial, que dan el respaldo para ofrecerle medicina de gran calidad, con un equipo de profesionales de la salud de gran experiencia y calidez. Ha hecho parte del desarrollo de la medicina en el país, formando más de 3000 mil médicos y más de 600 especialistas altamente calificados, cuyo compromiso es con la comunidad y el país (3).

Dicha Institución, tiene como misión: ser líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad, profesionalismo y humanización, prestados por un equipo dispuesto a la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa (3).

Frente a su visión, en el 2021 serán la cabeza de red de servicios de salud de Cundinamarca, con un Modelo de Educación e Investigación propio, generando sostenibilidad por medio del uso eficiente de los recursos y la tecnología (3).

La normatividad colombiana, en el Título IV del Decreto 1011 de 2006, establece los procesos de calidad, para realizar un continuo mejoramiento en la calidad de la salud mediante el PAMEC (1); por ello, su implementación, permite identificar un diagnóstico con base en: problemas de calidad, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, identificación de la calidad observada, formular y desarrollar planes de mejora (4).

### **3.2 Marco Legal**

En Colombia, se han logrado esfuerzos para la prestación de servicios basados en calidad, teniendo en cuenta atributos como pertinencia, oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, que sin duda se han desarrollado dentro de las disposiciones legales buscando herramientas para tal fin (5).

Con la ley 87 de 1993 se consolidan las auditorías internas del sector privado de manera gerencial para poder realizar el control interno. En ese mismo año, la ley 100, en su artículo 153, establece la calidad y determina el mecanismo de control de los servicios para garantizar una atención oportuna, humanizada, integral, continua entre otras (6, 7).

De acuerdo con la resolución 4445 de 1996 y la ley 09 de 1979, derogada por el decreto 2174 de 1996, ordena la implementación en las diferentes entidades de salud y establece los instrumentos y requisitos mínimos para que las instituciones puedan prestar un servicio (8, 9, 10).

Asimismo, en la resolución 1439 de 2002, se adoptan los formularios de inscripción al REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) que aunado el decreto 2309 y la resolución 1474 de 2002 sobre acreditación forman parte de la normatividad vigente que tiene como fin la prestación de los servicios de los usuarios con calidad (11,12,13).

Durante el año 2007 el gobierno profiere la Ley 1122, donde se reafirma la prestación de servicios con calidad y reglamenta el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006 (14,1).

Por último, la resolución 1043 del mismo año, establece el SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad) en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) y nos da los elementos importantes en auditoría para el mejoramiento de la calidad, lo que permite mantener un sistema continuo de la

evaluación tanto de la calidad observada como de la esperada de un servicio frente a la atención de salud (1,15).

### **3.3 Marco Conceptual**

De acuerdo con el PAMEC, definido como un mecanismo sistémico y continuo el cual pretende la comparación de la calidad observada y esperada, éste debe garantizar una mejora continua de los procesos, teniendo como base los indicadores de calidad y así mismo los estándares de acreditación en salud (16).

Para evaluar el mejoramiento de la calidad, se deben tener en cuenta los siguientes principios: promoción del autocontrol, enfoque preventivo, confianza y respeto, confiabilidad, sencillez, validez.

Así mismo se debe desarrollar bajo los niveles de operación:

- ✓ **Autocontrol:** hace referencia al diseño y capacitación del personal, donde se lleven a cabo los planes de mejoramiento.
- ✓ **Auditoría interna:** se realiza mediante la identificación de las causas que no logran los recursos.
- ✓ **Auditoría externa:** se debe verificar los procesos tanto interno como el autocontrol.

Para llevar a cabo lo anterior, existen acciones de tipo preventivo, de seguimiento y coyuntural, con el fin de establecer de garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud (16). Por lo tanto, las acciones preventivas se plantean de forma previa la atención a los usuarios, las de seguimiento: se enfocan en la prestación servicios ofertados y finalmente, las coyunturales, enfatizan en el adecuado manejo de un evento adverso (16).

Para ello, se debe tener en cuenta una ruta crítica la cual consta de los siguientes ítems, donde se evalúa (17):

1. **Autoevaluación:** hace referencia a la evaluación interna de la institución, determinando las fortalezas y oportunidades de mejora que conlleven a la prestación de los servicios cumpliendo sus expectativas.
2. **Selección de procesos:** deberá realizarse con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios.
3. **Definición de la calidad esperada:** fijar la meta hacia lo que quiere llegar la organización.
4. **Identificación de la calidad esperada:** estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados.
5. **Formulación plan de mejoramiento:** debe ser muy detallado, que bloquee las causas y plantear soluciones al efecto o problema no deseado, mediante la creación de indicadores para evaluar posteriormente los resultados.
6. **Ejecución del plan de mejoramiento:** se basa de acuerdo con el ciclo PHVA y se le hace seguimiento a la implementación de las mejoras.
7. **Evaluación del mejoramiento:** se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados.
8. **Aprendizaje organizacional:** toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente.
9. **Estandarización de procesos:** podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El HUS como Institución Prestadora de Salud, implementó el decreto 1011 de 2006, que establece elaborar el PAMEC, regido bajo los lineamientos de autoevaluación del proceso de atención en salud. Con ello, se podrán determinar necesidades prioritarias, para mejorar sistemáticamente los procesos de atención de los pacientes de dicha institución, con el fin de determinar el cumplimiento de los atributos de la calidad (1).

Por lo anterior, se vio la necesidad de realizar una verificación documental mediante el uso de la lista de chequeo del PAMEC del HUS, en donde se revisará que el proceso llevado a cabo cuente con los soportes que refieran su estado de acreditación del Hospital con un programa de mejoramiento continuo, donde se realice una atención humanizada y se busque que cada proceso mejore la calidad de la Institución (18).

El HUS, está ubicado en una localidad donde la prestación de los servicios de salud está orientado a personas vulnerables en condición de desplazamiento, habitantes de calle, prostitución, etc., destacando entre sus fortalezas los convenios con Universidades públicas y privadas que favorecen la generación de procesos con calidad, lo que facilita el mejoramiento continuo hacia el logro y mantenimiento de altos estándares de calidad, para mantener la acreditación.

Es importante tener en cuenta que la aplicación del PAMEC, es la mejor herramienta del mejoramiento continuo que ayude a disminuir la brecha entre la calidad esperada y la calidad obtenida para que la institución se oriente hacia la mejora continua, logrando responder a las necesidades del usuario y así llegar al objetivo central de la institución.

## **5. METODOLOGÍA**

Para llevar a cabo la evaluación en el cumplimiento de los estándares de acreditación del PAMEC en el HUS, se realizó una revisión documental en la base de datos de acceso libre del Hospital, durante los meses de agosto hasta noviembre del presente año, los cuales fueron descargados y analizados, posteriormente se aplicó la lista de chequeo del Ministerio de Salud según el informe de gestión por procesos correspondientes al cuarto trimestre de 2018.

A partir de los aspectos que no tuvieron cumplimiento, se realizó un plan de mejoramiento, donde se incluyeron los hallazgos y posibles acciones de mejora. Asimismo, se buscaron tres listas de chequeo y se adaptaron para que el HUS pueda desempeñar un proceso de calidad, como una propuesta dentro de un ejercicio práctico desarrollado con el fin de aplicar los conocimientos adquiridos en la especialización mediante la elaboración de la monografía como opción de grado.

## 6. RESULTADOS

Con base a la revisión documental, se evidenció que el HUS cumplió con el 85% (17 ítems de 20) de la lista de chequeo para la evaluación del PAMEC en la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1. Lista de chequeo aplica al HUS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD					
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
<b>ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>					
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: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad		X		Se puede observar que el documento refiere la implementación de buenas prácticas para el paciente y los indicadores. Sin embargo, no se evidencian los objetivos y el alcance de la auditoría.
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el período en el que se estará implementando el PAMEC.	Período de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado	X			En el PAMEC del HUS, se evidencia que en la elaboración, revisión y aprobación corresponde al año 2019, así mismo, los cronogramas son realizados con vigencia para cumplimiento del año 2018.
<b>RUTA CRÍTICA DEL PAMEC</b>					
<b>1. AUTOEVALUACIÓN</b>					
Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC:					
Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación: 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad	X			El documento informa sobre la conformación del grupo de autoevaluación junto con el apoyo de talento humano.

3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa.					
Resultado de las auditorías internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo	X			El documento de la entidad refiere que se realizan una serie de auditorías internas en todas las áreas, permitiendo observar los procesos prioritarios.
Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan a la IPS en la mejora continua de la calidad	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo	X			Se observa en el la información donde se reflejan las auditoría externas en el HUS.
Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad	Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales	X			El documento nombra los comités conformados en la entidad.
Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.	Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores	X			La institución adjunta los indicadores, por lo cual se puede definir que si se reflejan en las metas propuestas.
Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad	Evidencia del análisis de la voz del cliente		X		El PAMEC nos informa que tiene la aplicación de 4 encuestas de satisfacción del usuario durante el año y un sistema de PQRS. Pero se evidencia insatisfacción del usuario por falta de calidez, y amabilidad en la atención y falta de sensibilización y concientización de atención.
<b>2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR</b>					
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen	Matriz de correlación de estándares de Acreditación con procesos institucionales		X		No cuentan con la matriz de correlación frente a los procesos de comunicación, de auditoría interna y externa
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC.	Listado de procesos seleccionados a mejorar			X	Dentro de la acreditación la Institución cumple con el listado de los procesos seleccionados.
<b>3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>					
Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización de	Instrumento técnico con la priorización de				Aunque uno de sus objetivos refiere

oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.	oportunidades de mejoramiento formuladas en la autoevaluación de estándares de acreditación	X			que buscan la acreditación, profundizan en los procesos para llegar a la acreditación.
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito	Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos			X	No aplica, ya que el documento en los objetivos refiere que busca la acreditación.
<b>4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA</b>					
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación de dicho PAMEC.	Evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del PAMEC	X			Se establecieron los objetivos que buscan la acreditación.
Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así: 1. Si el alcance es el mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir. 2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar. 3. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado	Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC.			X	No aplica, ya que el documento en los objetivos refiere que busca la acreditación.
<b>5. CALIDAD OBSERVADA</b>					
Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación	Listado de las auditorías internas a realizarse en el período del PAMEC	X			El documento refiere que tiene un programa de auditorías internas y establecen las diferentes auditorías.
Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas	Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas	X			El documento refiere que tiene un programa de auditoría interna, donde se refleja el informe de resultado a partir de dicha auditoría.
Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma	Autoevaluación de todos los estándares de acreditación que le aplican	X			Se cumplió con los estándares de acreditación.
<b>6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>					
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial,	Planes de mejoramiento formulados.	X			El documento menciona los planes y procesos de mejoramiento y se evidencian los hallazgos para lograr la calidad esperada.

gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.					
<b>7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>					
Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada	Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada	X			Se evidencia documental sobre la implementación de las acciones de mejora, además, refiere que hay un cronograma para la realización de la misma.
<b>8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>					
Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de auditoría interna. Semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.	X			Se evidencia documental sobre el seguimiento de las acciones de mejora, además refiere que hay un cronograma para la realización de la misma
<b>9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>					
Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad	Documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad	X			Se observa evidencia documental sobre el análisis de la ejecución del PAMEC.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (19, (17)(17)17)

De acuerdo con los ítems que no cumplieron la evaluación de los estándares de calidad del PAMEC del HUS, se elaboró el siguiente plan de mejoramiento Tabla 2:

Tabla 2. Plan de mejoramiento propuesta para el HUS

ACTIVIDADES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO					
HALLAZGO	QUÉ (Actividades)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CUÁNDO (Fecha de terminación)	QUIÉN (Responsable)

Por parte de acreditación no se tiene claridad en el objetivo de la referenciación ya que no tiene planeación por lo que no se tiene en cuenta las debilidades del proceso	Realizar la comparación interna y externa de la implementación de las referenciaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar cronograma de referenciaciones comparativas de los servicios de alta complejidad y centros de excelencia y articularlo con los objetivos estratégico.</li> <li>- Realizar las referencias generando los informes correspondientes.</li> <li>- Socializar los resultados con el fin de implementar las prácticas exitosas</li> </ul>	- Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.	Inicia: Enero 2020 Finaliza Junio 2020	Especialista de planeación y calidad
Insatisfacción del usuario por falta de calidez, y amabilidad en la atención y falta de sensibilización y concientización de atención	Reducir las PQRS por falta de calidez y buen trato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar estrategias que promuevan la intervención efectiva de las PQRS por fallo en calidez y trato amable.</li> <li>- Generar estrategias y realizar planes de Mejora</li> <li>- Efectuar seguimiento a la implementación de las estrategias</li> <li>- Realizar seguimiento a los planes de mejora</li> </ul>	- Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud en la atención de los usuarios	Inicia: Enero 2020 Finaliza Junio 2020	Subdirectora Defensoría del Usuario
No se evidencia matriz institucional de las comunicaciones internas y externas	Diseñar, socializar y publicar la matriz de comunicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la matriz de comunicaciones internas de los servicios de acuerdo a lineamientos institucionales</li> <li>- Socializar a los colaboradores del servicio el tipo de comunicaciones internas</li> <li>-Publicar en la intranet la matriz de comunicaciones con el fin de dar accesibilidad</li> </ul>	- Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud en la atención de los usuarios.	Inicia: Febrero 2020 Finaliza Julio 2020	Especialista de planeación y calidad

Fuente: E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá-Plan único de mejora por proceso – PUMP (20)

Además, se modificaron y se adaptaron las siguientes tres listas de chequeo, para hacer seguimiento a los aspectos por mejorar en el HUS, así:

- **LISTA 1:** Con esta tabla, se pretende evaluar la percepción del paciente en relación con el cuidado humanizado, recibido por parte de todo el equipo de salud. Por ende, es prioritaria para identificar el hallazgo encontrado en lo referente a la insatisfacción del usuario por falta de calidez, y amabilidad en la atención y falta de sensibilización y concientización de atención.

**INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR PROFESIONALES DE SALUD A PERSONAS HOSPITALIZADAS.**

<b>Dimensión 1: FORMACIÓN DE UN SISTEMA DE VALORES HUMANÍSTICOS Y ALTRUISTAS</b>
1. Recibe un trato digno amable por parte del profesional de salud.
2. Siente que la actitud del profesional de salud tiene un efecto positivo en usted.
3. Siente que el profesional de salud, cuando realiza cuidado lo entrega algo propio que las distingue de otras.
<b>Dimensión 2: INSTALACIÓN DE FE Y ESPERANZA</b>
4. La atención del profesional de salud, ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.
5. Siente que el profesional de enfermería al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor).
<b>Dimensión 3: CULTIVAR LA SENSIBILIDAD HACIA UNO MISMO Y LOS DEMÁS</b>
6. Siente que tiene una relación cercana con el profesional de salud.
7. Siente que el profesional de salud se conmueve con su situación de salud.
8. Siente que la comunicación con el profesional es verdadera.
9. El profesional de salud es capaz de saber cómo se siente usted.
<b>Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.</b>
10. Puede expresarle al profesional sus sentimientos.
11. Siente una confianza mutua entre los profesionales de enfermería y usted.
12. El profesional de salud se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.
<b>Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.</b>
13. Siente que los profesionales de salud lo escuchan más allá de lo que pasa con su enfermedad.
14. Siente que el profesional de enfermería acepta lo que a usted le pasa.
<b>Dimensión 6: USO SISTEMÁTICO DEL MÉTODO CIENTÍFICO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES.</b>
15. Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser
16. Siente que los cuidados que se le proporcionan es diferente a lo entregado a las demás personas.
<b>Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal</b>
17. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entreguen.
18. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.
<b>Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.</b>
19. Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.
<b>Dimensión 9: Aceptación de fuerzas existenciales - fenomenológicas.</b>
20. El profesional de salud, le ayuda a entender porque está en su condición, lugar o estado.

Fuente: Modificado de Hermosilla Ávila Alicia (2019) (21).

- **LISTA 2:** Es importante la realización de este documento, debido a que evalúa la implementación del PAMEC, a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada, respecto de la calidad esperada. Ésta permitirá conservar y perfeccionar los resultados de los procesos intervenidos, aumentando el mejoramiento continuo.

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC DEL HUS**

<b>SEGUIMIENTO A PAMEC IPS PUBLICAS Y PRIVADAS</b>				
<b>ITEMS</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>Aspecto chequeable</b>	<b>Observaciones</b>
<b>1. ¿Realizó Autoevaluación?</b>				
Resultado de las auditorías Internas, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo.			Principales hallazgos de las auditorías internas Realizadas en el período	
			Principales hallazgos de las auditorías internas Realizadas en el período	
Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan en la mejora continua de la calidad.			Principales hallazgos de las auditorías Externas realizadas en el período.	
Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.			Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores	
Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad.			Evidencia del análisis de la voz del cliente.	
Matriz de Autoevaluación a la red de prestadores, a Atención al Usuario u otros procesos.			Matriz o proceso de autoevaluación	
<b>2. ¿Seleccionó procesos a mejorar?</b>				
La entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC.			Listado de procesos seleccionados a mejorar.	
<b>3. ¿Priorizó los procesos a mejorar?:</b>				
Evidenciar una metodología validada de priorización de procesos.			Metodología validada de priorización de procesos.	
<b>4. ¿Definió la calidad esperada para todos los procesos priorizados?</b>				

Se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia. Relacionar el estándar de la calidad esperada de acuerdo a la normatividad vigente, si aplica o la establecida internamente por la entidad.			Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC.	
<b>5. ¿Definió la calidad observada para todos los procesos priorizados?:</b>				
Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación. Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas.			Listado de las auditorías internas a realizarse en el periodo del PAMEC Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas Relacionar el estándar de calidad observada.	
<b>6. ¿Formuló planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada para todos los procesos priorizados?:</b>				
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada.			Planes de mejoramiento formulados.	
<b>7. ¿Implementó indicadores de resultado para medir la gestión?:</b>				
Nombre del indicador(con el cual se hace seguimiento a la acción de mejora implementada), Fuente de información (Datos de construcción), Fórmula del indicador (Definición operacional o formula) y la Unidad de medida (Nº absoluto, Porcentaje, tasa o Razón)			Informe de Línea de base del indicador y Reporte del resultado alcanzado al final del PAMEC.	
<b>TOTAL</b>				
Resultado de cumplimiento del PAMEC de la entidad evaluada:				<b>CUMPLE O NO CON LA RUTA CRÍTICA</b>
<b>CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO:</b> Califique 1: Si cumple Califique 2: No cumple <b>RANGOS DE EJECUCION:</b> 1: Rojo-Baja ejecución. (Menos de cinco criterios cumplidos). 2: Amarillo-Media ejecución. (Entre 6 y 8 criterios cumplidos). 3: Verde-Alta ejecución. (Mayor de nueve criterios cumplidos).				

Fuente: Gobernación de Santander. Formatos (Seguimiento a PAMEC IPS públicas y privadas)(22)

**LISTA 3:** Es una escala que permite confirmar que la institución realice los procesos con calidad desde la parte de la planeación, contribuyendo en que la institución consiga sus objetivos y propenda al mantenimiento de los procesos de calidad desde la parte de la planeación.

**INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS PROCESOS CON CALIDAD DESDE LA PLANEACIÓN DEL PAMEC DEL HUS (23)**

<b>REQUISITOS ISO 9001:2008</b>		
<b>1. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
<b>1.1 Requisitos generales</b>	<b>CUMPLIMIENTO (Sí / No) EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>	<b>EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>
¿Se encuentran identificados los procesos del sistema?		
¿Se identifican y controlan los procesos subcontratados externamente?		
<b>1.2 Requisitos de la documentación</b>		
<b>1.2.1 Generalidades</b>	<b>CUMPLIMIENTO (Sí / No) EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>	<b>EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>
¿Existe un documento de política de calidad?		
¿Existe un documento de objetivos de calidad?		
¿Existe un manual de calidad?		
¿Existen procedimientos documentados exigidos por la norma y necesarios para el desarrollo del sistema?		
<b>REQUISITOS ISO 9001:2008</b>		
<b>2 Manual de la calidad</b>	<b>CUMPLIMIENTO (Sí / No) EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>	<b>EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>
¿El manual incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?		
¿El manual incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación?		
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?		
¿El manual de calidad incluye la interacción de los procesos?		
<b>2.1 Control de los documentos</b>	<b>CUMPLIMIENTO (Sí / No) EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>	<b>EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>
¿Existe un procedimiento documentado para el control de documentos?		
¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de documentos?		
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de aprobación?		
¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?		
<b>3. Control de los documentos (cont. I)</b>	<b>CUMPLIMIENTO (Sí / No) EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>	<b>EVIDENCIAS Y OBSERVACIONES</b>
¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?		
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de identificación de cambios y estado de revisión?		
¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?		
¿Los documentos revisados cumplen con esta metodología de distribución de documentos?		

¿Los documentos son legibles e identificables?		
<b>3.1 Control de los documentos (cont. II)</b>		
¿Los listados de documentos existentes se encuentran correctamente actualizados?		
<b>3.2 Control de los registros</b>		
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros?		
¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?		
¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?		
<b>4. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>		
<b>4.1 Compromiso de la dirección</b>		
¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales?		
¿La alta dirección establece la política de la calidad?		
¿Asegura el establecimiento de objetivos de la calidad?		
<b>4.2 Enfoque al cliente</b>		
¿Se está realizando la determinación de los requisitos del cliente?		
¿Se está analizando la satisfacción del cliente?		
<b>4.3 Política de calidad</b>		
¿Incluye un compromiso de mejora continua y de cumplir con los requisitos?		
¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?		
¿La comunicación de la política es adecuada y se evidencia que es entendida por el personal de la organización?		
<b>4.4 Objetivos de la calidad</b>		
¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política?		
¿Los objetivos se han fijado en funciones y niveles adecuados que ofrezcan mejora continua de la organización?		
<b>4.4.1 Objetivos de la calidad (cont.)</b>		
¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?		
¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?		
¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?		
¿Los objetivos evidencian mejora continua respecto a valores de períodos anteriores?		
¿Las actividades de los objetivos y el seguimiento de los mismos se están realizando según lo planificado?		
<b>5 De la calidad. Planificación del sistema de gestión</b>		
¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?		
¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de la calidad?		
<b>5.1 Comunicación interna</b>		

¿Se encuentra evidencia de procesos de comunicación eficaces para el correcto desempeño de los procesos?		
<b>5.2 Revisión por la dirección</b>		
<b>5.2.1 Generalidades</b>		
¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?		
¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?		
<b>6. Información de entrada para la revisión</b>		
¿El informe de revisión contiene los resultados de las auditorías internas?		
¿El informe de revisión contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamaciones?		
¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?		
<b>7. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>		
<b>7.1 Generalidades</b>		
¿Existen definidos procesos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora?		
¿Se están empleando técnicas estadísticas?		
<b>7.2 Seguimiento y medición</b>		
¿Existe definida una metodología adecuada para el análisis de la satisfacción del cliente?		
¿Existen registros conformes a la metodología definida?		
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de satisfacción?		
<b>7.2.1 Auditoría interna</b>		
¿La auditoría interna comprende todos los procesos del sistema de gestión de la calidad y la norma ISO 9001?		
¿Existe un procedimiento documentado para las auditorías internas?		
¿Existen registros de las auditorías internas?		

**Fuente Modificado:** Cuestionario auditorías ISO 9001(23)

## **7. CONCLUSIONES**

Con este trabajo se pudo determinar que con la implementación del PAMEC y respectiva evaluación de los estándares de cumplimiento del HUS, es una metodología que permite demostrar la eficacia y eficiencia en términos de resultados.

Con base en la evaluación realizada al HUS, se pudieron evidenciar diferentes hallazgos, a partir de los cuales se realizó un plan de mejoramiento estableciendo que permita garantizar una atención con alta calidad.

Se plantearon tres listas de chequeo, cuyo fin es el mejoramiento continuo frente al cumplimiento en los estándares de calidad en el Hospital Universitario de la Samaritana.

Finalmente, con la realización de este trabajo, se puede inferir que el PAMEC, es una herramienta valiosa para cualquier institución acreditada, desde su enfoque, implementación y el resultado de procesos, para contribuir a la prestación de los servicios con los más altos estándares de calidad.

## 8. ANEXO

### 8.1 Glosario de términos:

La auditoría es un componente de mejoramiento continuo en donde se busca como objeto mejorar la calidad de una institución por el cual requiere conocer los siguientes conceptos:

- **Atención en salud:** definida como los servicios prestados al paciente asegurando los procesos asistenciales en la atención de las diferentes fases de promoción y prevención (17).
- **Calidad de la atención en salud:** Es la atención de manera accesible y equitativa a un usuario en donde se relaciona beneficio, riesgo y costo (17).
- **Mejoramiento continuo de la calidad:** Es un proceso de autocontrol que lo que busca es que la institución generar guías y protocolos que vayan más allá de la evaluación de la calidad en este se puede aplicar el proceso PHVA (planear, hacer, verificar, actuar) (17).
- **Seguridad del paciente:** son las diferentes acciones que se realizan en la prestación del servicio las cuales la realizan los trabajadores de salud para evitar fallas en la calidad de la atención, teniendo en cuenta que la atención se centra en familia, acompañantes y usuario (17).
- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.** Proceso continuo y sistemático de evaluación de la calidad observada con respecto a la esperada en la atención de los usuarios (16).
- **Autocontrol,** es lo que realiza “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 normativa vigente y por la organización” (16).

- **Auditoría Interna**, es el proceso de evaluación realizada en la misma institución, por una instancia o servicio externo al lugar que se audita (16).
- **Auditoría Externa**, es el proceso de evaluación sistemática que lo realiza un ente externo a la instancia evaluada. Con el fin de verificar el proceso de auditoría interna y autocontrol (16).
- **Calidad de la Atención de Salud**. Es la generación de servicios de salud a los diferentes usuarios de manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el control entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la satisfacción de los mismos (16).
- **Ciclo PHVA**: es una herramienta que ayuda a fortalecer los procesos de una institución con un resultado de mejora continua. Por el cual se monitorean y corrigen los procesos de planeación para mejoras de una manera efectiva y permanente.
  - **Planear** se debe crear grupos de trabajos, identificar de las actividades a medir, establecer un procedimiento de medición-
  - **Hacer** se realiza la ejecución del proceso.
  - **Verificar** se realiza el seguimiento y puesta en marcha de las acciones correctivas.
  - **Actuar** se amplía y evalúa los indicadores según necesidad (16).
  -
- **Criterios de Auditoria**: Políticas y requisitos que se utiliza para comparar la evidencia de la auditoria (16).
- **Gestión de la Calidad**: Acciones sistemáticas la cual quiere prevenir o resolver las situaciones de riesgo del usuario (16).

- **Hallazgos de la Auditoria:** Resultados de los criterios de auditoria frente a la evidencia recopilada en la auditoria (16).
- **Indicador de Calidad:** Instrumento que permite que los servicios lleguen a los estándares de calidad (16).
- **Mejora de la Calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos (16).
- **Mejoramiento continuo de la Calidad:** Proceso de control que se genera al paciente y sus necesidades con el fin de realizar los ajustes necesarios para cumplir con las expectativas del usuario (16).

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2006. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO\\_1011\\_DE\\_2006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_1011_DE_2006.pdf)
2. Olaya s. Evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una institución prestadora de servicios de salud en un municipio del departamento de Santander [Internet]. Universidad de Santander. 2018. Available from: [https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/701/1/Evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una institución prestadora de servicios de salud en un municipio del departamento de Santander.pdf](https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/701/1/Evaluación%20del%20programa%20de%20auditoría%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20calidad%20en%20la%20atención%20de%20salud%20de%20una%20institución%20prestadora%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20un%20municipio%20del%20departamento%20de%20Santander.pdf)
3. Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E [Internet]. Bogota; 2019. Available from: <http://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=110>.
4. Galvis L. Desarrollo del primer ciclo de autoevaluación del PAMEC de la IPS Medsalud LTDA [Internet]. Universidad de Santander. 2018. Available from: [https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/2987/1/Desarrollo del primer ciclo de autoevaluación del PAMEC de la IPS MEDSALUD LTDA..pdf?fbclid=IwAR2uaXL35XWiGIHHy5FKJ7A4o4chUxd8\\_2WVVREQzh6jMMB180r053JU6dw://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/2987/1/D](https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/2987/1/Desarrollo%20del%20primer%20ciclo%20de%20autoevaluación%20del%20PAMEC%20de%20la%20IPS%20MEDSALUD%20LTDA..pdf?fbclid=IwAR2uaXL35XWiGIHHy5FKJ7A4o4chUxd8_2WVVREQzh6jMMB180r053JU6dw://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/2987/1/D)
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx>
6. Republica de Colombia. Ley 100 del 1993. Available from: [http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD EN LEY 100 DE 1993.pdf](http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf)
7. Congreso de Colombia. Ley 87 de 1993. Available from: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0087\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0087_1993.html)
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4445 de 1996. Available from: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R4445\\_96.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R4445_96.pdf)
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 9 de 1979. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_0009\\_DE\\_1979.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_0009_DE_1979.pdf)
10. Presidente de la republica de colombia. Decreto 2174 de 1996. Available from: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1761211>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1439 de 2002 [Internet]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN 1439 DE](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1439_DE)

- 2002.pdf
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2309 de 2002. Available from:  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>
  13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1474 DE 2002. Available from:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN\\_1474\\_DE\\_2002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1474_DE_2002.pdf)
  14. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
  15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo tecnico No 1. RES 1043 DE 3 ABRIL DE 2006.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo_tecnico_No_1.RES_1043_DE_3_ABRIL_DE_2006.pdf)
  16. Arrigui P. Propuesta metodológica para la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud - PAMEC –en la secretaria de salud local. Palermo – Huila 2013. Univ Sur Colomb [Internet]. 2013;37–9. Available from:  
<https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Gerencia-de-Servicios-de-Salud-y-Seguridad-Social/99.T.G-Lucila-Arrigui-Parra-Olga-Milena-Martnez-Laguna-Zaida-Milena-Medina-Pastrana-2013.pdf>
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Miniterio Salud y Prot Soc [Internet]. 2007;71. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
  18. S. A. TEORÍA DE INDICADORES DE GESTIÓN Y SU APLICACIÓN PRÁCTICA. Gestión Ef Emprend Soc Emprend Soc. 2003;
  19. Ministerio de Salud y Protección Social. Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en la salud [Internet]. Ministerio de Salud y Protección social. 2014. p. 4. Available from:  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/LISTA DE CHEQUEO PARA IMPLEMENTAR Y EVALUAR EL PAMEC.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/LISTA_DE_CHEQUEO_PARA_IMPLEMENTAR_Y_EVALUAR_EL_PAMEC.pdf)
  20. E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá. Plan unico de mejora por proceso - PUMP. Available from:  
[http://www.hus.org.co/recursos\\_user/PUMP INSTITUCIONAL 2018.pdf](http://www.hus.org.co/recursos_user/PUMP_INSTITUCIONAL_2018.pdf)
  21. A Avila. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. [Internet]. Vol. 25. 2016. Available from:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000300011&fbclid=IwAR2eoOMNJDEXOKxeYWhwqBqWiblbRgoUSr-w1Du9qfjifPjVmERXUa7sm8](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&fbclid=IwAR2eoOMNJDEXOKxeYWhwqBqWiblbRgoUSr-w1Du9qfjifPjVmERXUa7sm8)
  22. Gobernacion de Santander. Formatos (Seguimiento a PAMEC IPS publicas y privadas) [Internet]. Available from:  
[http://historico.santander.gov.co/intra/index.php/antico/viewcategory/527-formatos?limitstart=0&fbclid=IwAR05A6h9usoThiqsNRTV13IPosrcPH3BV\\_QfKMV0vKQ672rsw-7bOJ5PvaM](http://historico.santander.gov.co/intra/index.php/antico/viewcategory/527-formatos?limitstart=0&fbclid=IwAR05A6h9usoThiqsNRTV13IPosrcPH3BV_QfKMV0vKQ672rsw-7bOJ5PvaM)

23. Gómez. I. Cuestionario auditorias ISO 9001 [Internet]. Available from: [http://www.hederaconsultores.com/docs/Check\\_list\\_Cuestionario\\_Auditoria.pdf?fb](http://www.hederaconsultores.com/docs/Check_list_Cuestionario_Auditoria.pdf?fb)