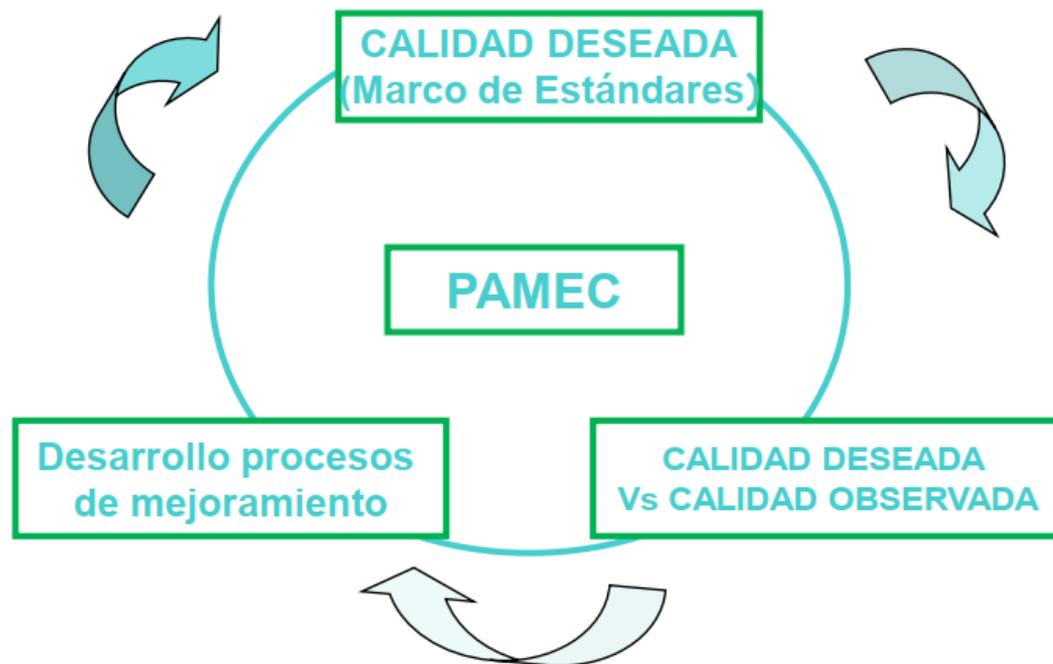


# PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

*EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO*

# ¿QUÉ ES EL PAMEC?



Decreto 780 del 2016  
Artículo 2.5.1.1 Definiciones

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

1

Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios

2

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, definida previamente mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas

3

Adopción de las medidas tendientes a disminuir las fallas identificadas

# NIVELES DE OPERACIÓN DEL PAMEC

AUTOCONTROL

AUDITORIA  
INTERNA

AUDITORIA  
EXTERNA

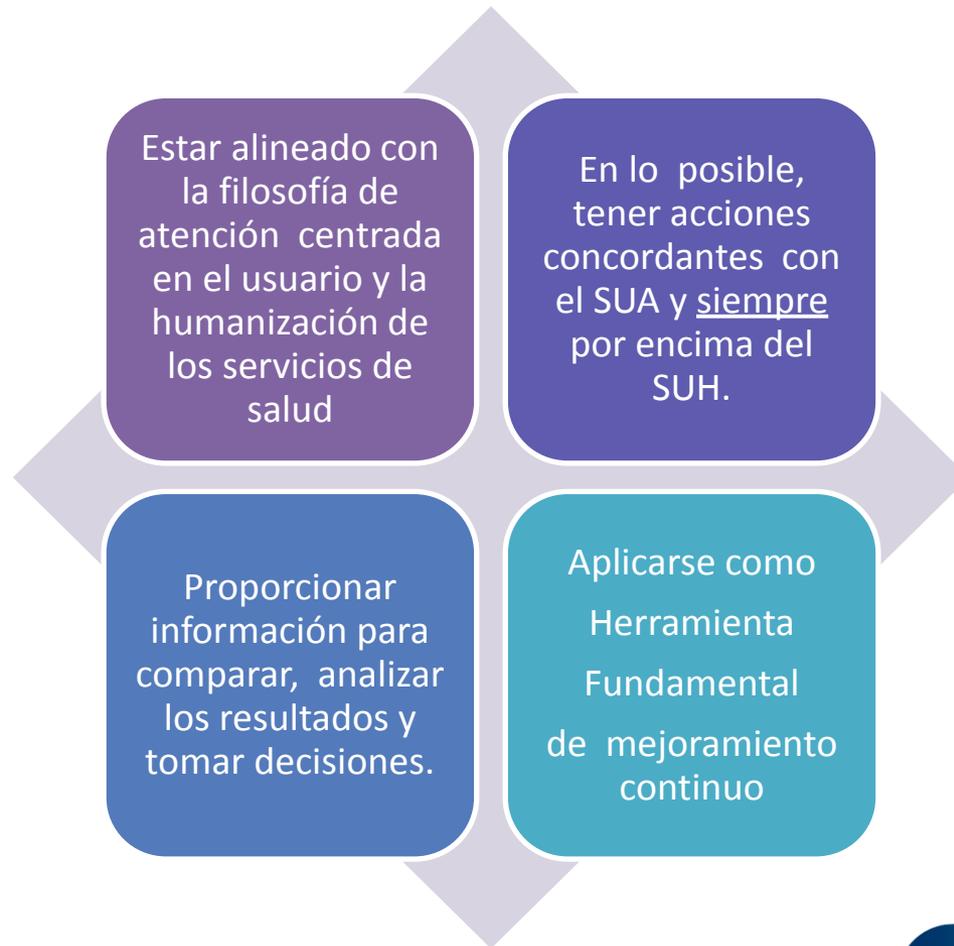
# TIPOS DE ACCIONES

PREVENTIVAS

DE  
SEGUIMIENTO

COYUNTURALES

# EL PAMEC DEBE:



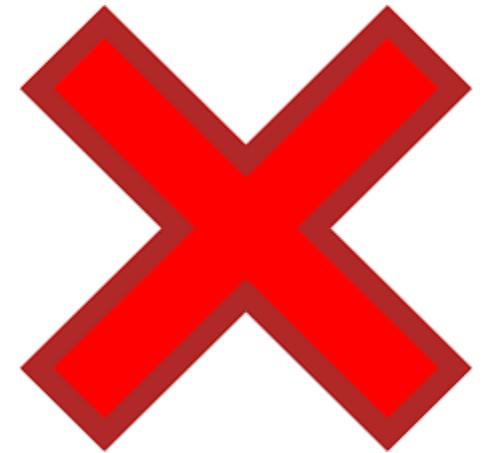
# EL PAMEC NO DEBE:

Incluir lo que falta de habilitación.

Hacer seguimiento a todos los estándares y problemas de calidad de una organización.

Centrarse en los problemas de las áreas administrativas.

Sustituir las competencias de control interno



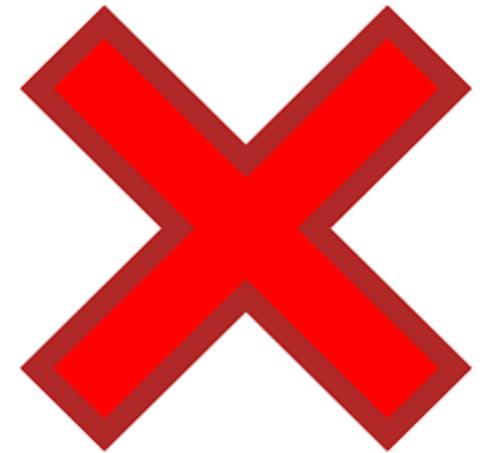
# EL PAMEC NO DEBE:

Incluir interventoría  
a contratos.

Revisoría de cuentas  
médicas.

Autorización de Servicios.

Auditorías de ISO.



# CARACTERÍSTICAS QUE DEBE MONITOREAR EL PAMEC:

**C** CONTINUIDAD

**O** OPORTUNIDAD

**P** PERTINENCIA

**A** ACCESIBILIDAD

**S** SEGURIDAD

# APLICABILIDAD DEL PAMEC



**ESES: PAMEC CON ENFOQUE DE ACREDITACIÓN**  
**RESOLUCIÓN 2181 DE 2008:** Por la cual se expide la guía aplicativa del SOGCAS para IPS de carácter público. Artículo 2, numeral 2.



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



SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN



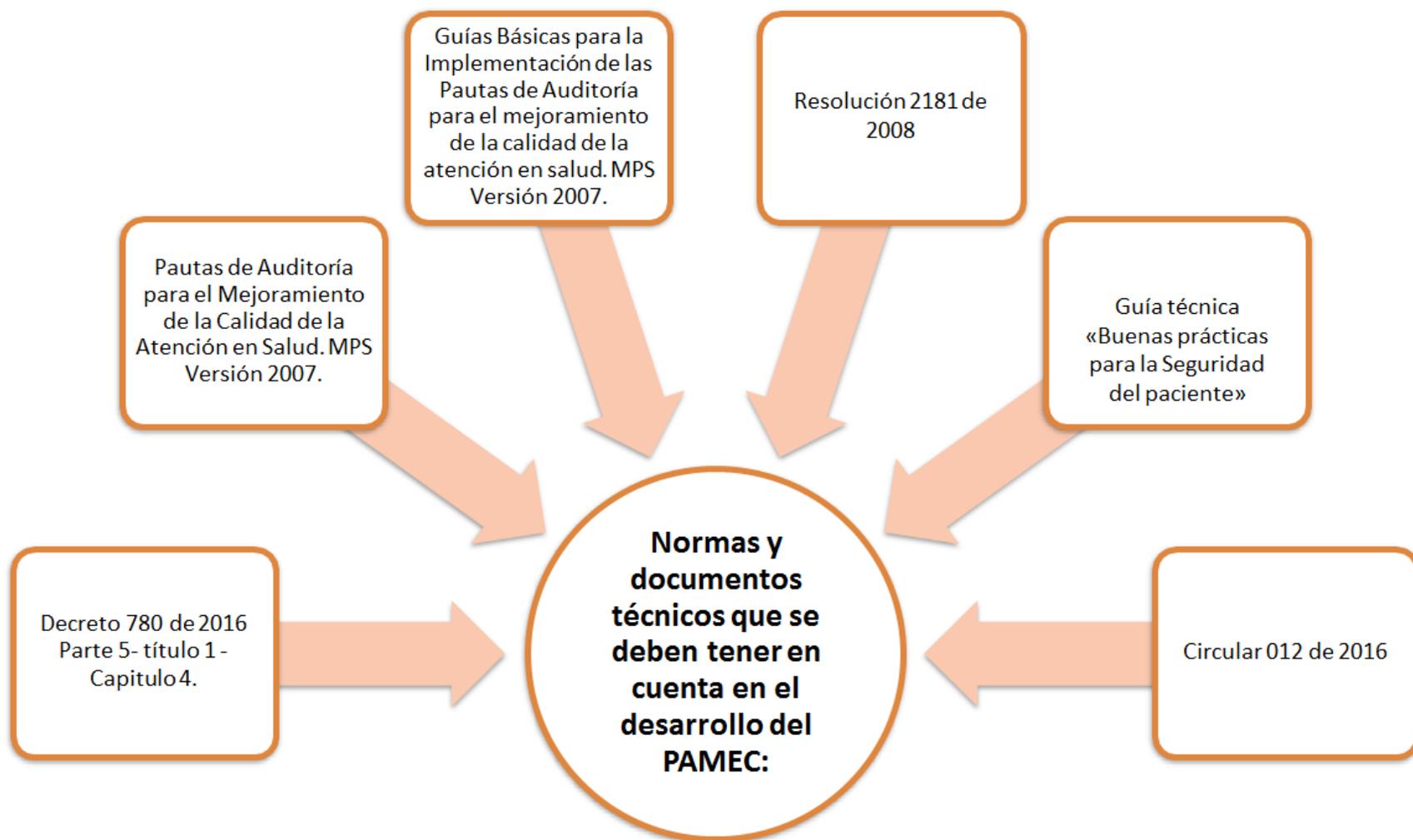
SEGURIDAD DEL PACIENTE



FORTALECIMIENTO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD



FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS



Tenga en cuenta...

## Errores frecuentemente observados

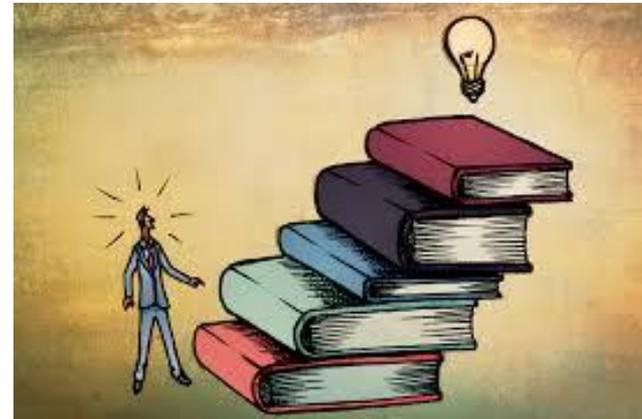
Documento PAMEC  
y cronograma  
nunca  
implementado

Incluir “lo que me  
falta de  
Habilitación”

Presentar  
Interventoría de  
contratos,  
auditoría de  
cuentas médicas,  
auditoría ISO  
actividades de  
control interno

# Actividades previas

- Documentar la **metodología** para la realización de la ruta crítica (Documento PAMEC).



# 7 Pasos Claves para el Desarrollo del PAMEC



# ¿QUE DEBE CONTENER EL DOCUMENTO PAMEC?

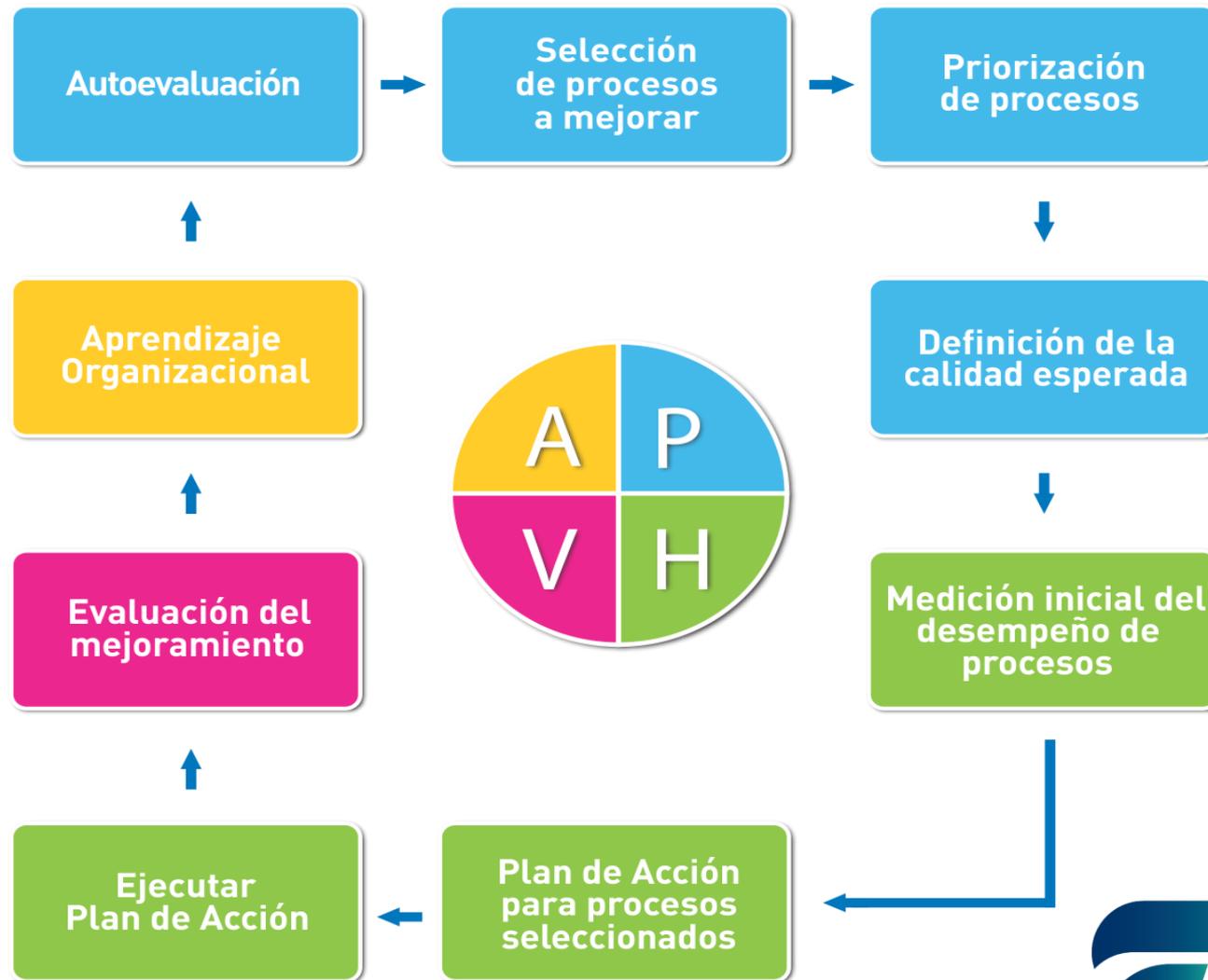
INTRODUCCION

MARCO NORMATIVO

METODOLOGÍA

ANEXOS

# RUTA CRÍTICA DEL PAMEC



# SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.



RESOLUCION 1445 DE 2006  
RESOLUCIÓN 2082 DE 2014  
RESOLUCIÓN 5095 DE 2018

# PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Confidencialidad

Eficiencia

Gradualidad

# EJES TRAZADORES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN



# GRUPOS DE ESTÁNDARES ACREDITACIÓN EN SALUD

PROCESO DE  
ATENCIÓN AL  
CLIENTE  
ASISTENCIAL

DIRECCIONAMIENTO

GERENCIA

GERENCIA DEL  
TALENTO HUMANO

GESTIÓN DE LA  
TECNOLOGÍA

GERENCIA DEL  
AMBIENTE FÍSICO

GERENCIA DE LA  
INFORMACIÓN

MEJORAMIENTO DE  
LA CALIDAD

1

# AUTOEVALUACIÓN ENFOQUE SUA

# PASO 1. Autoevaluación

1. Consiste en establecer un diagnóstico para conocer lo que se puede mejorar, identificando los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.
2. Se realiza frente a la Resolución 5095 de 2018 y la Resolución 2082 de 2014, evaluándolas desde las dimensiones del enfoque, implementación y resultado de cada uno de los grupos de estándares.
3. La evaluación se realiza de forma Cualitativa y cuantitativa aplicando la hoja radar.
4. Realizar revisión de la redacción de las fortalezas y las oportunidades de Mejora, sin olvidar las fallas de Calidad y los problemas en el proceso de atención.

# LINEAMIENTOS AUTOEVALUACIÓN ENFOQUE SUA

**ESTÁNDAR:** Nivel deseado o alcanzable de desempeño contra el cual el rendimiento real se mide.

**CRITERIOS DEL ESTANDAR:**  
Condiciones particulares que deben ser consideradas por la organización para establecer que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar

**ESTANDARIZACION:** Establecer disposiciones para uso común y repetido de actividades o procedimientos, encaminadas al logro del grado óptimo de consecución de la calidad

**INDICADOR:** Herramienta de medición del desempeño que se utiliza como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios.

# LINEAMIENTOS AUTOEVALUACIÓN ENFOQUE SUA

AUTOEVALUACIÓN  
CUANTITATIVA



ASIGNACIÓN NUMÉRICA DEL  
GRADO DE CUMPLIMIENTO PARA  
CADA UNA DE LAS DIMENSIONES



RESOLUCIÓN 2082 DEL 2014

AUTOEVALUACIÓN  
CUALITATIVA



DEFINICIÓN DE FORTALEZAS



DEFINICIÓN DE OPORTUNIDADES  
DE MEJORA

# AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA

- Resolución 2082 del 2014: Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.



**ENFOQUE:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos que, en forma sistémica y metódica, utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.

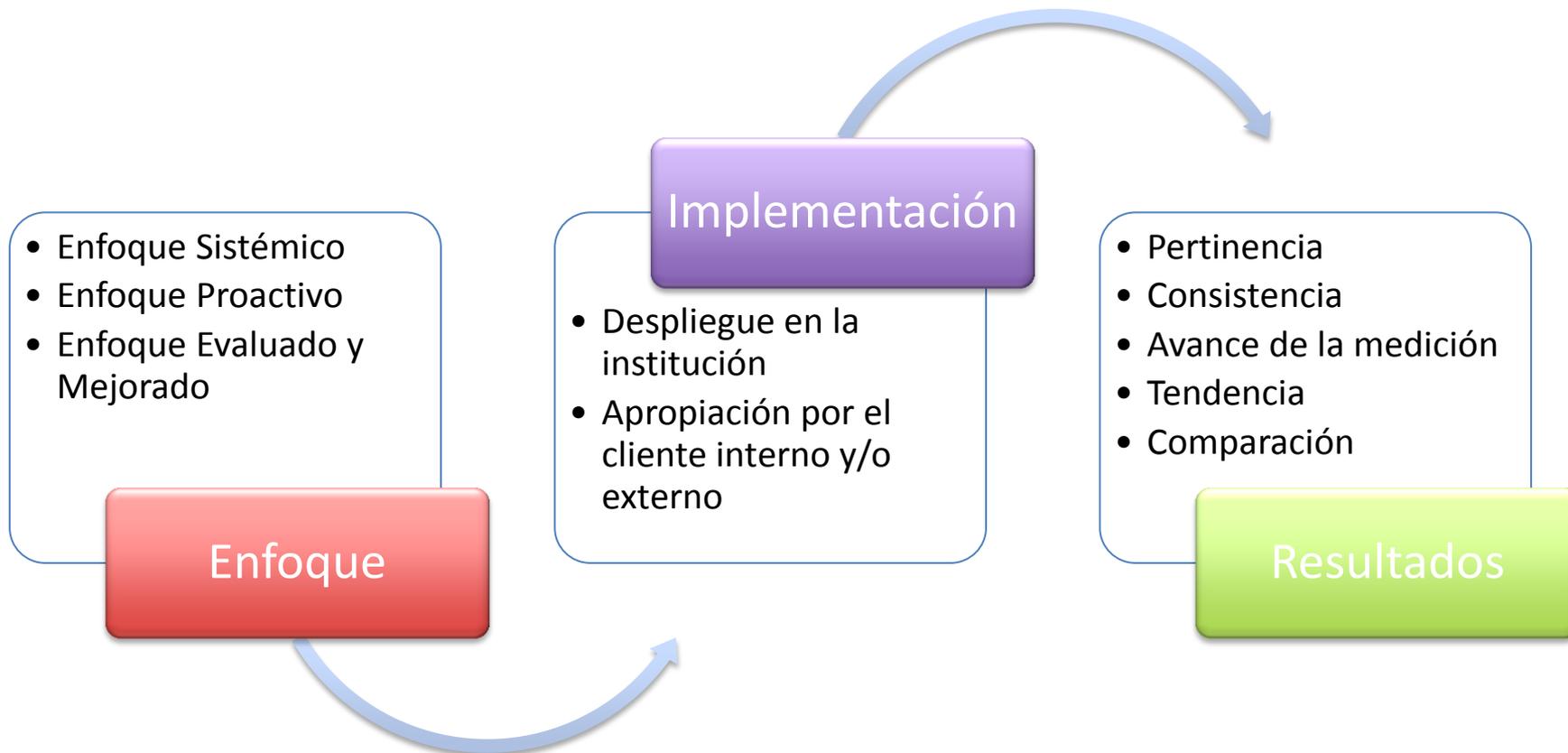


**IMPLEMENTACIÓN:** Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique, y a los clientes o usuarios internos o externos.



**RESULTADOS:** Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

# AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA



VARIABLES	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
<b>Sistematicidad y amplitud</b>	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<b>Proactividad</b>	Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
<b>Ciclo de Evaluación y Mejoramiento</b>	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos) .	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

## Escala de Calificación

### Variables

1

2

3

4

5

### **IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE**

#### **Despliegue en la institución**

El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.

La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.

La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.

Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.

La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.

#### **Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)**

El enfoque no se despliega hacia los clientes.

Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.

Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.

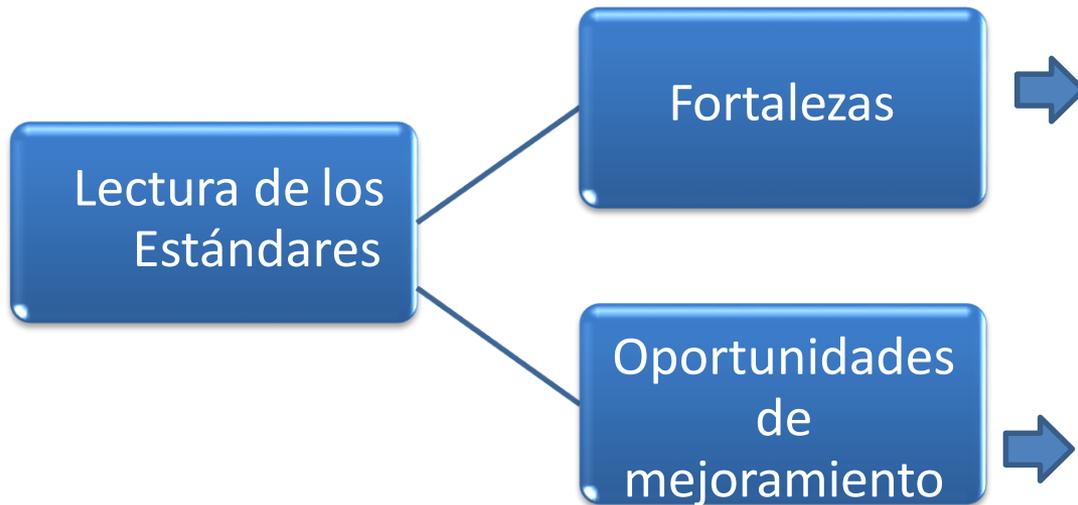
El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.

El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
<b>Pertinencia</b>	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
<b>Consistencia</b>	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
<b>Avance de la medición</b>	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
<b>Tendencia</b>	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
<b>Comparación</b>	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

# AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA



Son los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, implementados por la organización donde **ha conseguido resultados** y que se **constituyen en factores potenciales de éxito** ante el entorno.

Deberán ser implementados para **bloquear los vacíos encontrados** relacionados con el **enfoque, la implementación o los resultados** esperados de los estándares evaluados.

# ¿Cuáles son las características que deben tener las fortalezas?

## Para que una organización cuente con una fortaleza implica:

**Tener un enfoque, una implementación y unos resultados**

**Ser un factor consolidado en la organización**

**Tener desarrollado mejoras ante los resultados obtenidos. Cierres periódicos y sistemáticos de evaluación y mejoramiento**

# ¿Cómo redactar una fortaleza?

## La redacción debe ser:

Clara

Concisa

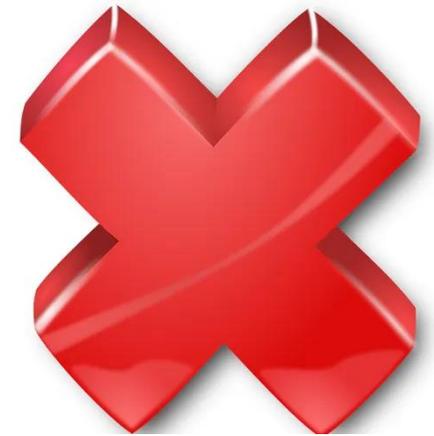
No se deben emplear calificativos como bueno, malo, insuficiente

No utilizar siglas o abreviaturas

Debe describir las razones por lo que se considera una fortaleza desde el punto de vista del ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN y RESULTADOS

# Descripción incorrecta de una fortaleza:

- ✓ Se cuenta con un proceso de inducción.
- ✓ Se tiene definida la planta de cargos.
- ✓ Se cuenta con un formato de consentimiento informado.



## Descripción correcta de una fortaleza:

Se cuenta con una política de seguridad del paciente la cual ha sido emanada por la gerencia y validada por el equipo asistencial, se ha implementado de manera sistemática en todas las áreas con logros importantes, muestra de ello es la reducción de las infecciones asociadas al cuidado en los últimos 6 meses.



# ¿Cómo identificar que existe una oportunidad de mejora?

## Existen oportunidades de mejora cuando:

**Se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización**

**No se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos**

**No se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de implementación**

# ¿Cómo redactar las oportunidades de mejora?

Inician con verbo en **infinitivo**.

Se redactan con un **lenguaje propositivo**, por lo tanto hay que definir las en positivo.

Deben describir las **estrategias que debe implementar** la institución para cerrar las brechas frente al enfoque, la implementación y/o los resultados.

No deben emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existen, no cuenta con, etc.).

# Descripción incorrecta de una oportunidad de mejoramiento:

- ✓ No tienen indicadores ni tendencias.
- ✓ No existen procesos relacionados con el punto a tratar.
- ✓ No cuentan con lineamientos definidos para la elaboración del consentimiento informado

**Emplean expresiones de  
carencia.  
Vagas.  
No definen las estrategias que  
deberá implementar para el  
cierre de la brechas.**



# Analicemos la siguiente oportunidad de mejoramiento:

Demostrar la voluntad para ejecutar las recomendaciones para la prevención y control de las infecciones, incluidas las medidas de precaución por transmisión en salas de espera, en la sede ambulatoria.



No quedan claras las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.

# Analicemos la siguiente oportunidad de mejoramiento:

Actualizar el manual del usuario para el paciente hospitalizado que incluya la información sobre horarios y restricciones de visitas, ubicación en la habitación y en el entorno, así como los lineamientos para la seguridad de sus pertenencias.



**Clara, concisa.**

Inician con **verbo en infinitivo**.

Se redactan con un **lenguaje propositivo**, no emplea expresiones de carencia.

**Describe la estrategia** que debe **implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.

# AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA

Estándares 1 a 75



# AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA



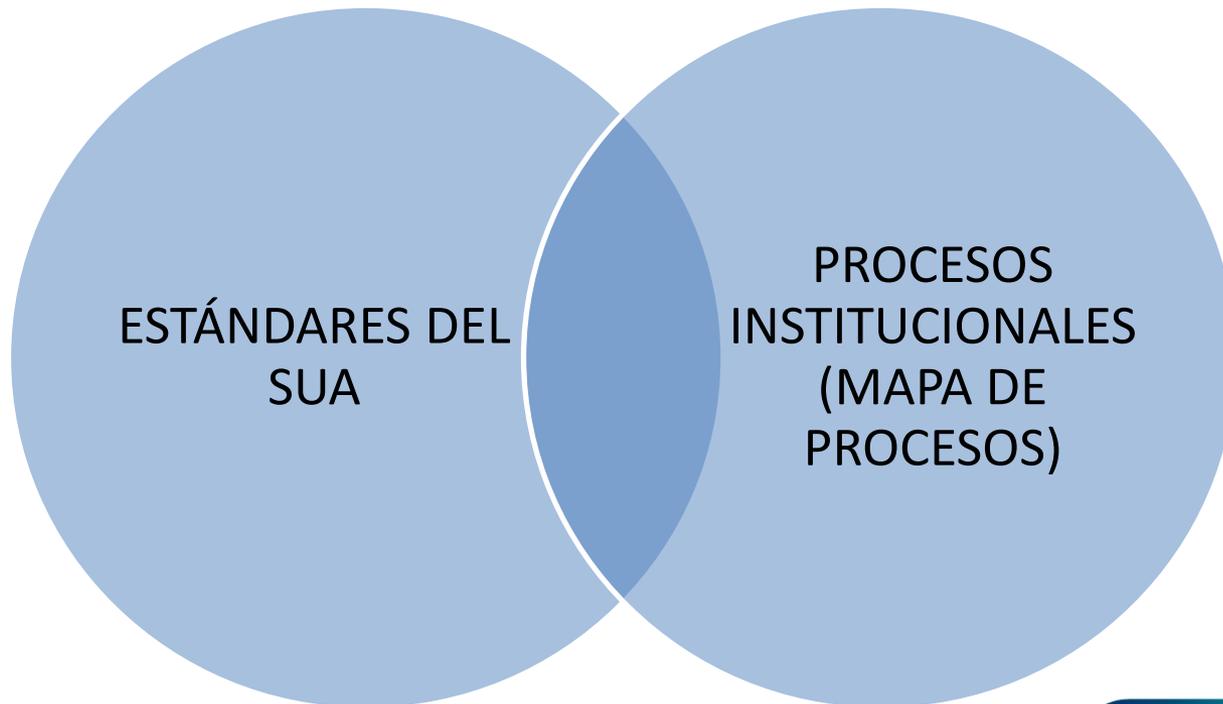
**CALIFICACIÓN DE 1 A 5 PARA CADA DIMENSIÓN, POR CADA ESTÁNDAR**  
**FORMAS DE INTEGRACIÓN ACEPTADAS:**  
**- NOTA MÍNIMA, MODA, MEDIANA Y PROMEDIO**

2

## SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR EN SUA

# SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

## MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES



3

## PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR CON EL SUA

## PASO 3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

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

Para realizar la priorización existen diferentes metodologías sin embargo la más aceptada es la **matriz de priorización** (Riesgo – Costo – Volumen).

# PRIORIZACIÓN DE PROCESOS



**RIESGO:** Riesgo al que se expone el usuario, la institución o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento



**COSTO:** Posible impacto económico que deberá afrontar la institución si no se implementa el mejoramiento



**VOLUMEN:** alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio)

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
Si falla la aplicación del estándar no representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan sólo algunas veces al año.	1	Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Si falla la aplicación del estándar representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3	Si falla el procedimiento trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Si falla la aplicación del estándar representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5	Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

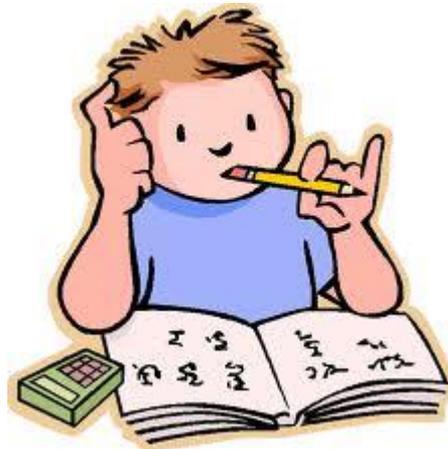
# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

## 1. PAUSAS ACTIVAS:

<https://www.youtube.com/watch?v=f6-9l3VYzRw>

## 2. EJERCICIO IMPLEMENTACIÓN

[Autoevaluación – Selección de Procesos – Priorización](#)



4

## DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

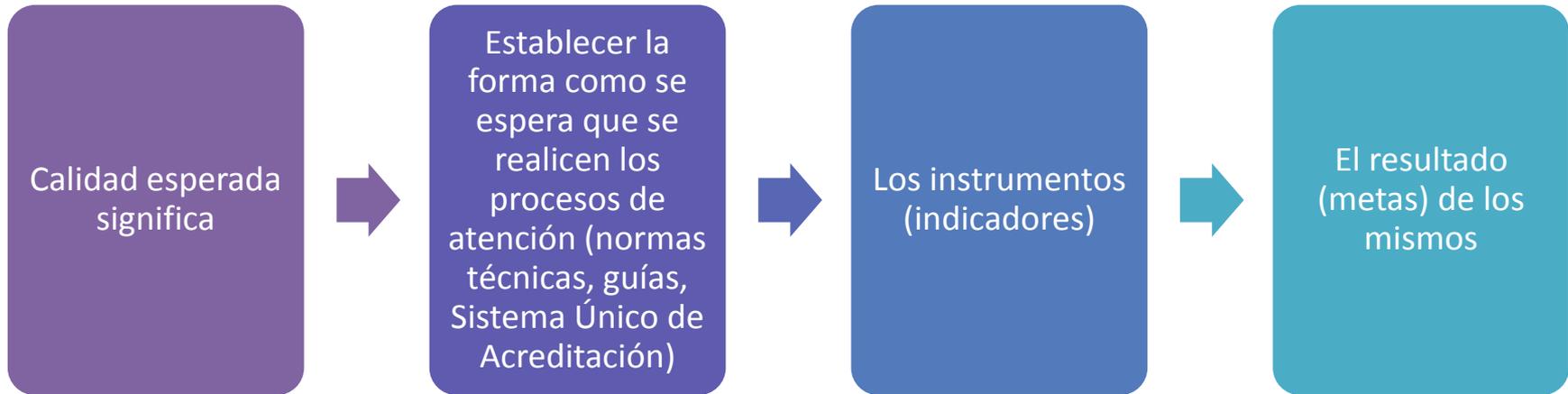
# 1. PLANEAR EL NIVEL DE CALIDAD ESPERADA

- Planificar la calidad esperada significa el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.
- Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificadas en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados.

# DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que se espera alcanzar en el periodo de vigencia del PAMEC





Se tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados

# Sugerencias que facilitarán la planeación de la calidad esperada

Defina en forma explícita y clara el producto (salida) que resulta del proceso por analizar.

Identifique los clientes externos e internos que se benefician del producto definido.

Identifique las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto.

Defina los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los mismos.

Definir la calidad esperada incluye definir los instrumentos y metas con los cuales se hará el seguimiento y monitoreo posterior.

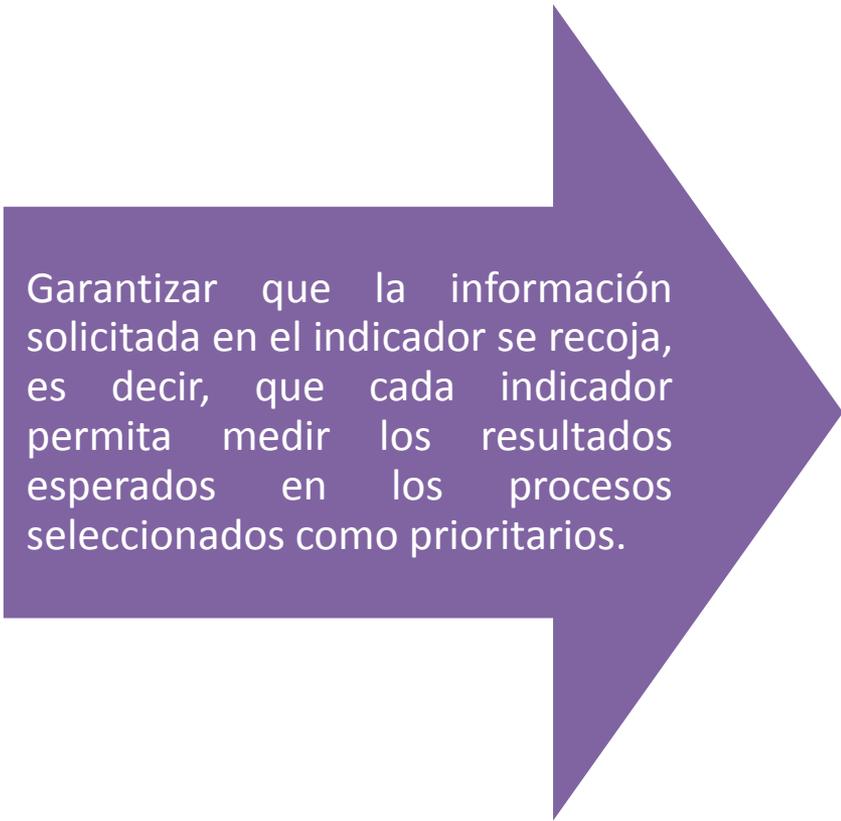


## 2. DEFINIR LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS OBJETO DE MEJORA

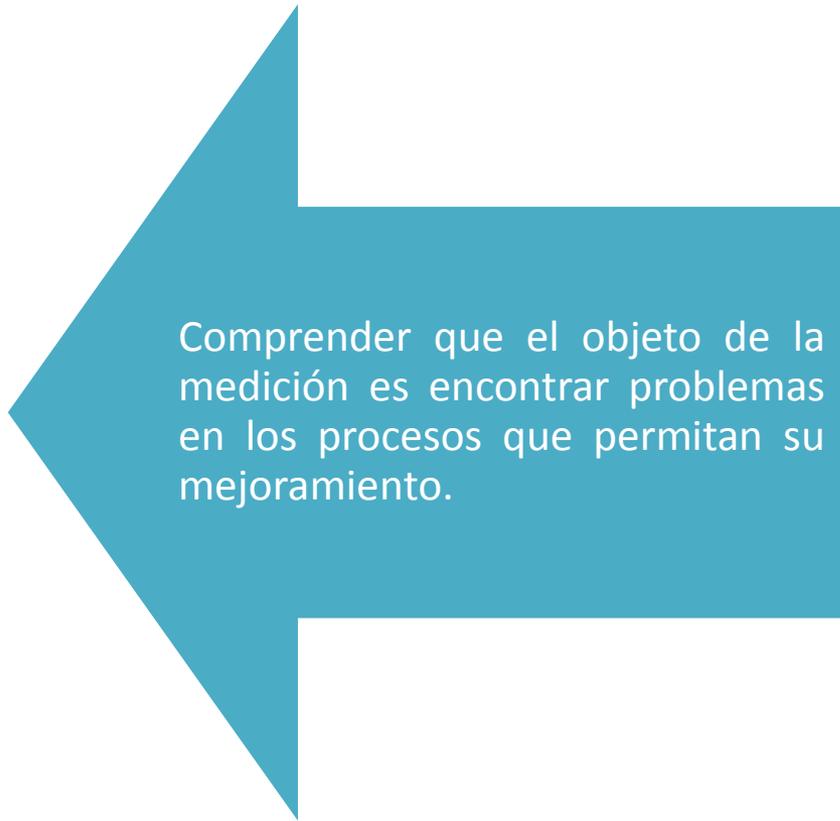
- **Definir los indicadores** de los procesos significa **planear la calidad en forma cuantitativa**. Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para poder **monitorear y hacer seguimiento** a los resultados en la ejecución y mejora de los procesos.



# Importancia de la construcción de los indicadores



Garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que cada indicador permita medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.



Comprender que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento.

# INDICADORES= Calidad Esperada

- La construcción de los indicadores sirve para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados por los usuarios, los esperados en la atención en salud, el seguimiento a eventos adversos, a efectos no esperados, el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, entre otros.



# Sugerencias para la buena construcción e identificación de los indicadores:

1

Determine en forma clara y explícita el proceso que se desea medir, identifique rápidamente qué se hace, cómo se hace y cuál es su propósito.

2

Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.

3

Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, es decir, defina la ficha técnica.

4

Defina en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores.

5

CALIDAD OBSERVADA

# PASO 5. MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS

Consiste en **establecer la línea de base** del desempeño institucional, que **permitirá medir el impacto** de las acciones de mejoramiento.

Para realizar la medición se deberán **construir los instrumentos** de medición que permitan generar los indicadores establecidos.

Realizar la validación de los instrumentos y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.

Se recomienda también en esta fase construir el cronograma de medición de los indicadores seleccionados.



# Etapas para la ejecución del procedimiento de auditoría

## Planear el procedimiento de Auditoría

- La planeación es el eje principal del trabajo de auditoría sobre los procesos prioritarios, ya que de su adecuada formulación dependerá el logro de los resultados que satisfagan los objetivos propuestos

## Ejecutar el procedimiento de auditoría

- La realización del procedimiento de auditoría significa definir en forma clara el proceso, el problema por investigar (resultado no logrado), analizar las posibles causas de su presentación y así poder formular planes de mejoramiento.

## Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan de auditoría

- Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento debe proponerse un mecanismo para hacer el seguimiento al programa,

# Resultado...

El resultado de la ejecución del procedimiento de auditoría es el informe de la auditoría, que contiene los hallazgos encontrados de la **calidad esperada frente a la calidad observada**, no solo a nivel cuantitativo, sino de la realización de los procesos, las relaciones con los otros procesos, en otras palabras, se espera que los hallazgos reflejen la visión sistémica del análisis, finalmente es deseable que el informe de auditoría contenga la planeación que conduzca a la formulación del plan de mejoramiento de las brechas identificadas.



# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

1. VIDEO:

<https://www.youtube.com/watch?v=t5uLyvHlad0>

2. ACTIVIDAD INDICADORES





# PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS

## PASO 6. PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS

- En esta fase se desarrollan **estrategias específicas para el cierre de las brechas** encontradas en la autoevaluación, por lo tanto cada estándar priorizado tendrá una calidad esperada y unas acciones de mejoramiento para el cierre de brechas.
- La calidad del plan de mejoramiento depende de qué tan claras y bien definidas se encuentren las oportunidades de mejora generadas en el PASO 1. Autoevaluación.



# EJECUCIÓN DE PLAN DE ACCIÓN

# PASO 7. EJECUTAR PLAN DE ACCIÓN

- El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados.
- En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.





# EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

# PASO 8. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

- Consiste en el seguimiento al impacto de las acciones establecidas por la organización (seguimiento a plan de mejora).
- Debe existir una instancia (Líder responsable de PAMEC, Comité de Calidad o la Alta Dirección), que realice el **seguimiento al plan de mejora**, lo cual implica:
- Identificar y garantizar los recursos necesarios para la correcta implementación de las acciones planteadas.
- Realizar seguimiento a la implementación.
- Evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren alguna ajuste. (Por medio de indicadores y auditorías).



# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

# PASO 9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Generar aprendizaje organizacional significa **entrenar y capacitar** las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice **seguimiento permanente** para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. Lo que se pretende, entonces, es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.



# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

- La ruta que plantea el Programa de Auditoria, surte las etapas previas a la estandarización.
- Lo que pretende es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

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

## **Un resumen del mejoramiento**

logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.

**Comunicación de los resultados** a todos los clientes internos involucrados en el proceso.

**Ajuste de los procesos mejorados** con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.

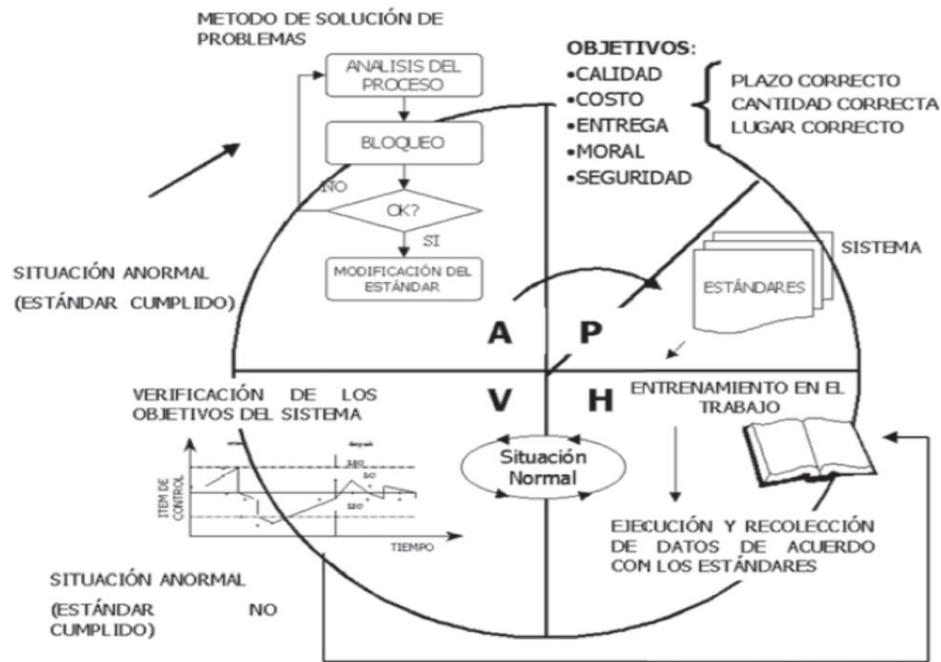
## **Capacitación y reentrenamiento**

al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.

**Medición continua de los indicadores** del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

# ¿QUÉ SIGNIFICA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS?

- Constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital de conocimiento de las organizaciones o unidades administrativas.



# OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

## Mantener la calidad y mejorarla

- Establecer procedimientos estándar de operación.
- Eliminar las dificultades o problemas durante el proceso.
- Prevenir problemas recurrentes.

## Mantener la productividad y mejorarla

- Mejorar el proceso.
- Mejorar la operación automatizada.

## Tener información/divulgar

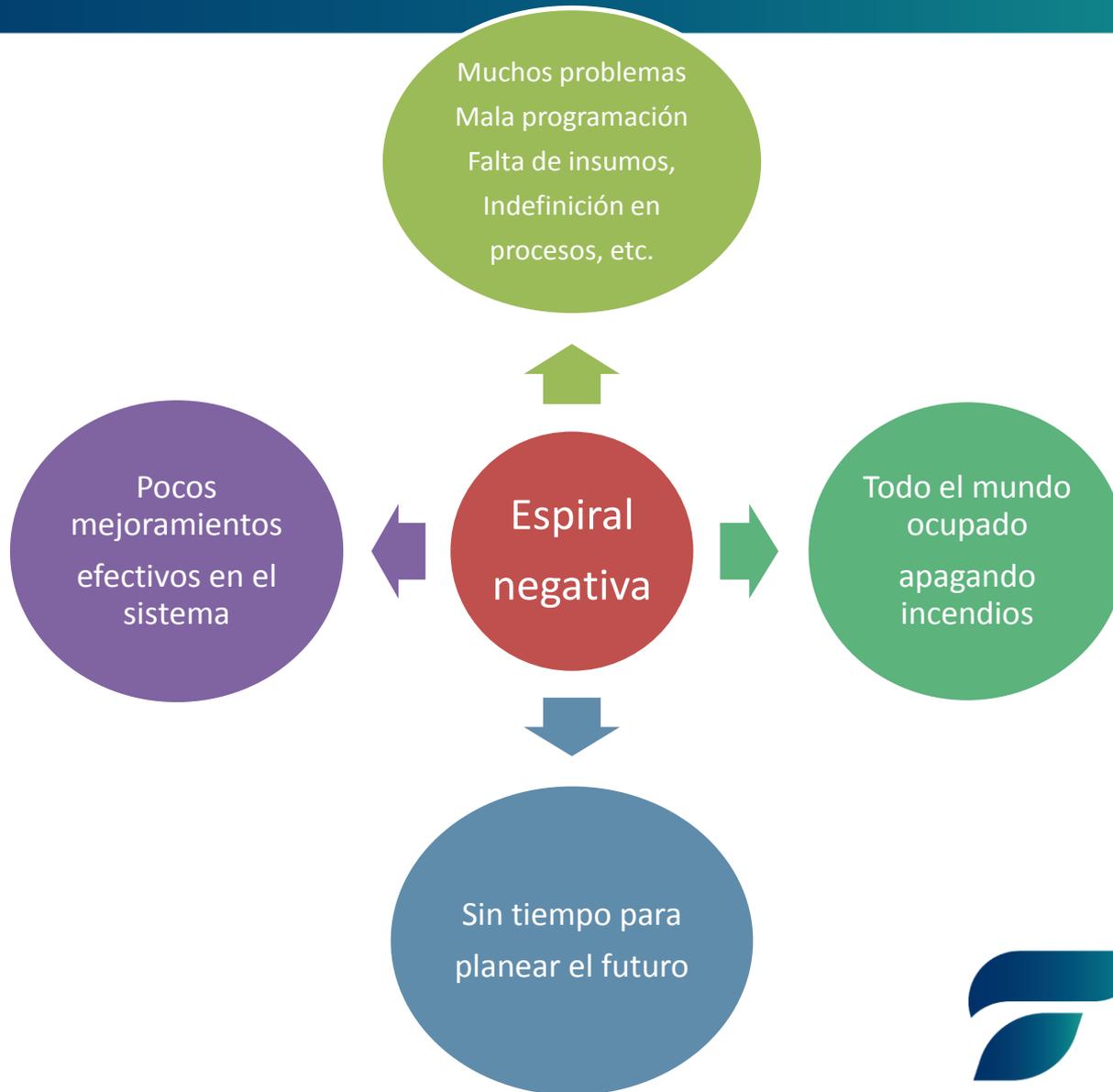
- Educar y entrenar.
- Notificar internamente.

# BENEFICIOS DE LA ESTANDARIZACIÓN



La estandarización, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente.

# EFFECTOS DE NO ESTANDARIZAR



# PASOS PARA LA ESTANDARIZACIÓN

Debe ser claro el propósito de la estandarización, debe orientarse su implementación hacia la identificación de oportunidades de mejoramiento en los procesos y no a la búsqueda de culpables.

Identificar los procesos prioritarios por estandarizar, aquellos que reflejan resultados de alta variabilidad, o aquellos que tengan un impacto económico mayor para la organización o aquellos en los cuales los clientes se declaren más insatisfechos.

Entrenar a las personas en los métodos y formatos estándares, esto es lo único que garantiza su verdadera aplicación.

Trabajar de acuerdo con los estándares, para lo cual son útiles las verificaciones realizadas por parte de las áreas de auditoría.

# ELABORACIÓN DE PROCESOS ESTANDARIZADOS

Describir paso a paso el proceso, escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.

Identificar las tareas que agregan valor y las que no.  
(Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).

Diagramar el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese de que todos entiendan su significado.

Formalizar mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

1. *ACTIVIDAD PLAN DE MEJORA Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL*
2. *RESOLUCIÓN DE DUDAS*



MUCHAS  
GRACIAS

The text 'MUCHAS GRACIAS' is rendered in a playful, rounded font with a purple outline and a yellow-to-white gradient fill. The words are arranged in two lines. The graphic is decorated with three stylized flowers: a large purple one on the left, a smaller pink one on the right, and a yellow one at the bottom right. The background of the text area is a soft, glowing yellow.