INFORME DE AUDITORÍA INTERNA # 01

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS

Proceso Auditado:	Programa para el mejoramiento de la Calidad - PAMEC
Fecha de la Auditoria	14 de septiembre de 2026
Área	Asistencial - Calidad
Responsable del Proceso:	Gerente, Subgerente y Asesor de Calidad.
Equipo Auditor:	Asesor de Control interno
Objetivo:	Evaluar la efectividad, el cumplimiento y el impacto de las acciones de mejora implementadas por la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, garantizando que el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) esté alineado con los estándares de calidad exigidos y orientados a la seguridad del paciente
Alcance de la auditoria:	Evaluación integral de la ruta crítica del PAMEC y la efectividad de sus planes de mejora durante la vigencia evaluada; abarca de manera transversal los procesos misionales, de apoyo (incluyendo la gestión del servicio farmacéutico y admisiones) y estratégicos de la institución, verificando su soporte documental, la veracidad de sus indicadores y su debida articulación con el MIPG.
Personal Entrevistado.	- Gerente - Asesor de calidad - Jefe de enfermería - Regente de Farmacia - Subgerente Administrativo - Miembros del Comité PAMEC
Documentación analizada (criterios):	Procesos y procedimientos realizados y documentados por el Asesor de Calidad de la entidad, manuales, actas de comités, listas de chequeo y registros de cumplimiento de estándares.
Proceso Auditado:	Programa para el mejoramiento de la calidad PAMEC

1. AUDITORÍA: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC

Enfoque de Control Interno y Evaluación de la Calidad en Salud para la Red de Baja Complejidad

Este instrumento técnico ha sido rediseñado de manera exclusiva para la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia, Antioquia. El propósito fundamental es dotar al asesor y equipo auditor de un modelo exhaustivo de evaluación que combine las directrices de la Dimensión de Control Interno institucional bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el componente de evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), estructurado bajo el Decreto 1011 de 2006 y las condiciones técnico-científicas de habilitación obligatorias del país.

2. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA (SOGCS COLOMBIA)

La auditoría interna del PAMEC en la E.S.E. se fundamenta en un bloque normativo estricto y de obligatoria observancia en Colombia:

- **Decreto 1011 de 2006:** Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) y define la auditoría para el mejoramiento de la calidad como un componente obligatorio.
- **Ley 87 de 1993:** Marco general para el ejercicio del Control Interno en las entidades del Estado, que obliga a la evaluación independiente del SGS y de los procesos institucionales.
- **Resolución 3100 de 2019:** Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud (los 7 Estándares Mínimos).
- **Resolución 256 de 2016:** Dicta las disposiciones para el Sistema de Información para la Calidad y establece el reporte obligatorio de indicadores ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Decreto 780 de 2016:** Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, compilador de los procesos de remisión, referencia y redes de servicios.
- **Resolución 1403 de 2007:** Determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos.
- **Directriz del Control Interno (MIPG):** Bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Oficina de Control Interno actúa como la **"Tercera Línea de Defensa"**. Esta auditoría evalúa si la *Primera Línea* (Coordinación Médica y Asistencial) y la *Segunda Línea* (Líder de Calidad) aplican efectivamente las barreras de seguridad y las mediciones continuas.

3. EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES TÉCNICOS Y OPERATIVOS

3.1 Componente I: Proceso Metodológico de la Ruta Crítica del PAMEC

Se verificó el despliegue de los 10 pasos de la ruta crítica a través de soportes documentales y actas:

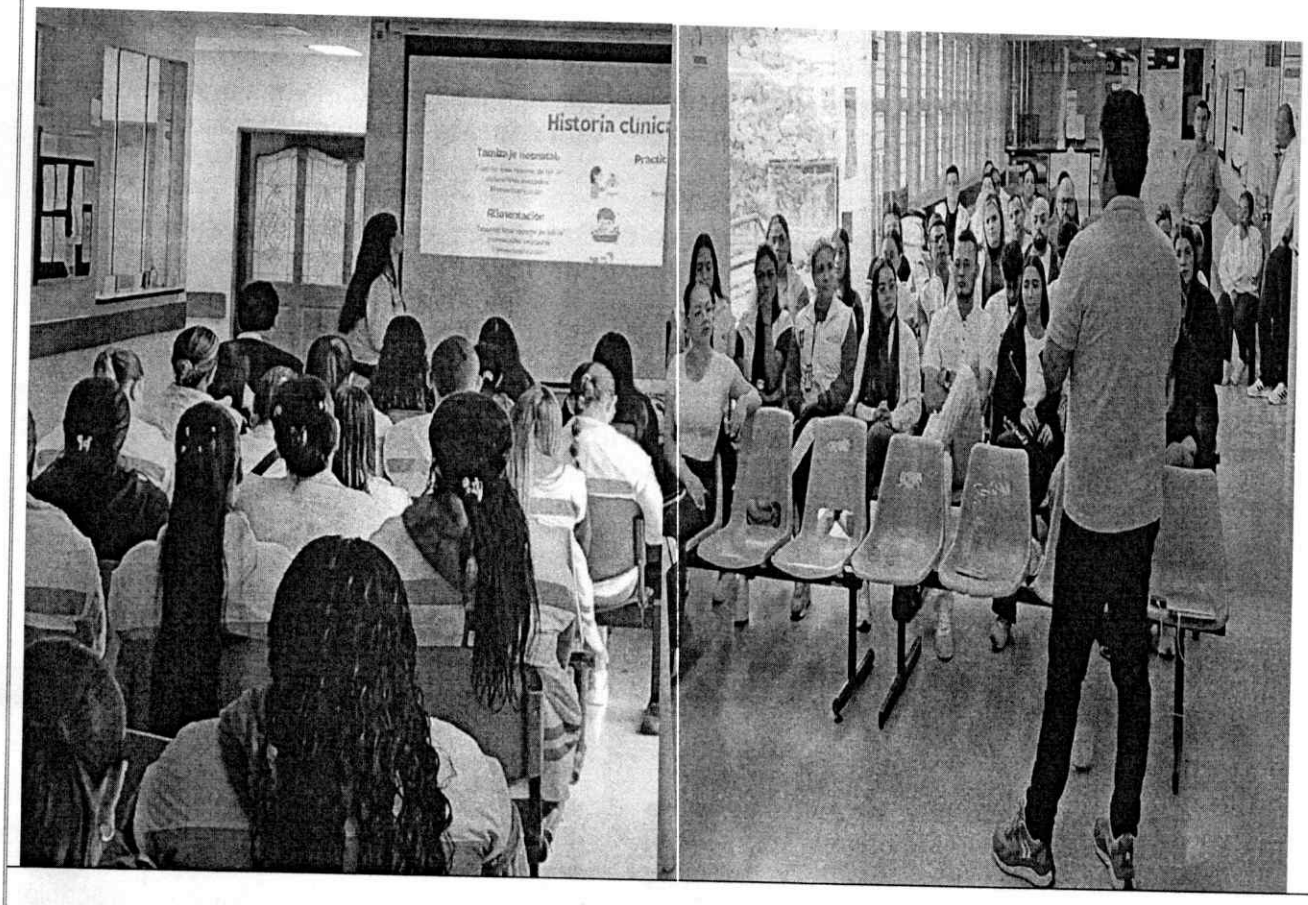
1. **Autoevaluación:** Evidenciada mediante actas de socialización y base de datos consolidada del año fiscal.
2. **Selección de Procesos:** Definida según criterios de volumen, riesgo y costo analizados en el Comité de Calidad.
3. **Priorización:** Focalizada en áreas críticas como Urgencias y Servicio Farmacéutico.
4. **Calidad Esperada:** Definida mediante resolución interna de adopción de Guías de Práctica Clínica (GPC) e indicadores.
5. **Calidad Observada:** Mediciones iniciales de línea base mediante muestreos en historias clínicas.
6. **Formulación PMC:** Documento formal del Plan de Mejoramiento para la Calidad estructurado con responsables y cronogramas.
7. **Ejecución PMC:** Registro de capacitaciones, compras de insumos de seguridad y actas de seguimiento.
8. **Evaluación PMC:** Informes periódicos presentados ante el Comité de Calidad PAMEC

9. **Aprendizaje Organizacional:** Protocolos y manuales actualizados e institucionalizados.
10. **Alertas Prontas:** Sistema de control de eventos adversos y matriz de riesgos asistenciales.

3.2 Componente II: Condiciones de Habilitación Aplicadas a la Baja Complejidad (Res. 3100/2019)

La Oficina de Control Interno verifica el despliegue lógico de la ruta crítica del PAMEC a través de mesas de trabajo sustentados en actas de comité y soportes documentales.

- **Talento Humano:** Verificación RETHUS y certificados de cursos obligatorios
- **Infraestructura:** Mantenimiento preventivo en salas de observación, urgencias y consulta externa; uso de pintura epóxica.
- **Dotación:** Hoja de vida de equipos biomédicos con calibración e inspección actualizada.
- **Medicamentos e Insumos:** Almacenamiento, semaforización por vencimiento y reportes al INVIMA.
- **Procesos Prioritarios:** Adherencia a GPC, manual de bioseguridad e higiene de manos.
- **Historia Clínica:** Custodia, diligenciamiento completo y auditorías del Comité de Historias Clínicas.
- **Interdependencia:** Contratos vigentes para servicios complementarios externos y actas de supervisión



3.3 Componente III: Procesos de Referencia y Contrarreferencia (Dec. 780/2016)

Verificación de las bitácoras del CRUE Antioquia, consentimientos informados de traslado asistencial, confirmación de aceptación de camas y el flujo de epicrisis de contrarreferencia para garantizar el manejo de pacientes en el municipio

3.4 Componente IV: Transporte Asistencial Básico (TAB)

- **Talento Humano:** Auxiliar de enfermería con capacitación en Soporte Vital Básico y Conductor con curso exigidos y Primer Respondiente.
- **Inspección Móvil:** Señalización reflectiva, luces estroboscópicas, sirena, fijación de cilindros de oxígeno en PSI, Desfibrilador Externo Automático (DEA) operativo, equipos de inmovilización y kit de partos/reanimación vigentes.

3.5 Componente V: Servicios Habilitados Intramurales y Extramurales

- **Intramural:** Lavamanos funcionales, silletería ergonómica, señalización de rutas y segregación de residuos (PGIRASA).
- **Extramural (Brigadas Rurales):** Maletines poliméricos impermeables, cadena de frío con cavas térmicas y termo-higrómetro digital, y guardianes portátiles de cortopunzantes para retorno de residuos peligrosos a la sede principal.

3.6 Componente VI: Servicio Farmacéutico (Res. 1403/2007)

Control de termo-higrometría, actas de recepción técnica, custodia de Medicamentos de Control Especial bajo doble llave en armario metálico, semaforización de vencimientos y separación física/rotulación de medicamentos.

3.7 Componente VII: Inspección Técnica de Camillas

Verificación de barandas laterales, frenos integrados de pedal, forros vinílicos impermeables termosellados y atriles porta-sueros.

- *Hallazgo puntual:* La camilla CAM-URG-02 (Urgencias - Observación) presentó requerimiento de ajuste en frenos, y la camilla CAM-HOSP-01 (Hospitalización) evidenció desgaste en el forro que requiere cambio.

4. ESTADO ACTUAL DE ESTRUCTURACIÓN Y SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Se destaca que la institución se encuentra en una etapa activa de reestructuración, seguimiento continuo y fortalecimiento de sus procesos internos, evidenciada en los siguientes frentes:

1. **Estructuración y Actualización de Procesos:** Consolidación de la documentación, flujogramas y protocolos ajustados a la normatividad vigente y a la realidad operativa de la baja complejidad.
2. **Verificación y Seguimiento en Campo:** Rondas de seguridad periódicas y aplicación de listas de chequeo para evaluar la adherencia en las áreas asistenciales.
3. **Comités Mensuales:** Institucionalización y continuidad de las sesiones mensuales del Comité de Calidad, Historias Clínicas, Seguridad del Paciente, y Farmacia y Terapéutica.

4. **Gestión por Indicadores:** Medición y análisis periódico de la batería de indicadores del SOGCS (Res. 256/2016) e indicadores internos de adherencia a guías.
5. **Ruta Crítica del PAMEC:** Avance sistemático en los 10 pasos metodológicos, garantizando que los hallazgos se traduzcan en planes de mejora.
6. **Habilitación y Actualización REPS:** Revisión continua del cumplimiento de los 7 estándares de la Res. 3100 de 2019 y actualización oportuna del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
7. **Señalización e Infraestructura:** Mantenimiento de áreas, señalización.
8. **Auditorías Internas Transversales:** Evaluaciones programadas a las áreas de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Farmacia, Admisiones y TAB.

5. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA.

1. **Evolución del SOGCS:** La E.S.E. Hospital San Juan de Dios muestra un compromiso institucional sólido en la implementación del PAMEC y su integración con MIPG como tercera línea de defensa.
2. **Sostenibilidad Operativa:** Los servicios asistenciales intramurales y extramurales operan bajo estándares de habilitación adecuados; sin embargo, se requiere rigurosidad en los programas de mantenimiento preventivo y correctivo de dotación (ajuste de camillas) e infraestructura.
3. **Gestión Farmacéutica y Seguridad:** Se observa un manejo técnico adecuado de medicamentos de control especial y semaforización, siendo indispensable sostener el monitoreo de medicamentos y productos próximos a vencer (<3 meses).
4. **Transporte Asistencial Básico:** Las ambulancias TAB cumplen con los requisitos normativos de personal y dotación, requiriendo continuidad en las verificaciones preoperacionales diarias para asegurar la operatividad de equipos críticos como el DEA.

6. COMPROMISOS Y ACCIONES DE MEJORA CONTINUA (PMC)

Hallazgo / Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora Específica	Responsable	Indicador / Meta	Frecuencia de Seguimiento
Mantenimiento de Camillas (CAM-URG-02 y CAM-HOSP-01)	Ajustar sistema de frenos y reemplazar forro vinílico impermeabilizado desgastado.	Subgerente Administrativo / Mantenimiento	100% de camillas en estado óptimo	Toda la vigencia – permanente
Semaforización y Control Farmacéutico	Reforzar las auditorías de saldos físicos y semaforización de vencimientos menores a 3 meses.	Regente de Farmacia	100% de productos semaforizados y auditados sin inconsistencias	Toda la vigencia – permanente

Listas Preoperacionales TAB	Asegurar el diligenciamiento diario e ininterrumpido de la lista preoperacional de la ambulancia (presión de oxígeno y carga del DEA).	Coordinación de Enfermería / Conductores	100% de listas preoperacionales diligenciadas	Toda la vigencia – permanente
Medición de Adherencia a GPC	Realizar auditorías de historias clínicas con aplicación de listas de chequeo de adherencia a guías.	Asesor de Calidad / Comité de H.C.	Cumplimiento de adherencia ≥ 85%	Toda la vigencia – permanente
Infraestructura y Señalización	Retocar pintura epóxica en áreas con desgaste y verificar rotulación de canecas de residuos PGIRASA.	Subgerente Administrativo	100% de la infraestructura y señalización conforme	Toda la vigencia – permanente

7. RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

1. **Continuidad en Comités Mensuales:** Mantener la periodicidad y la rigurosidad en el seguimiento a las actas de compromisos de los Comités de Calidad, Historias Clínicas, Farmacia y Seguridad del Paciente, evaluando cuantitativamente el avance de las tareas en cada sesión.
2. **Autoevaluación Permanente del REPS:** Realizar un ejercicio de autoevaluación semestral bajo la Resolución 3100 de 2019 antes de efectuar cualquier novedad o reporte en la plataforma del REPS.
3. **Institucionalización del Aprendizaje Organizacional:** Garantizar que las acciones de mejora que resulten efectivas sean incorporadas formalmente en los manuales y procesos con control de cambios vigente, asegurando su socialización a todo el personal.
4. **Cultura de Autocontrol (Primera Línea):** Promover la apropiación del autocontrol en el personal asistencial y administrativo para que la identificación de riesgos y fallas latentes se realice de manera preventiva mediante las Alertas Prontas.

EVIDENCIA DE COMITES Y CAPACITACION – PAMEC



Informe elaborado y firmado por la Oficina de Control Interno, la Asesora Externa Calidad PAMEC, Alta Gerencia y la Subgerencia Administrativa de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Concordia, Antioquia.

Fecha: lunes 14 de septiembre de 2026

Firmas:

Alejandro Cadavid Cadavid
Gerente

Juan Carlos Álvarez Arango
Subgerente Administrativo

Eliana Jaramillo M.
Eliana Jaramillo
Asesora Calidad – PAMEC
Contratista Externa

Lubin Gallo Arango
Asesor de Control Interno