



INFORME ANUAL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

PAMEC 2021

E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

Hugo Fernando Collazos Escobar

Gerente

Enero 2022

CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD



INTRODUCCIÓN

La **E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS** es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, conformada por un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros, que se articulan entre sí para garantizar a la población el suministro de servicios de salud como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dentro de los procesos de modernización de las organizaciones de salud, nuestra entidad ha determinado el acogimiento de las políticas y herramientas de calidad determinadas por el gobierno Colombiano mediante el establecimiento de acciones de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud incluidas en el Decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (S.O.G.C.S) y las demás normas que lo reglamentan.



1. OBJETIVO GENERAL

Presentar informe de la ejecución de la ruta crítica del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (**PAMEC**) año 2021 con enfoque de Acreditación en Salud.

2. ALCANCE

Inicia con el primer paso de la ruta crítica del PAMEC (Autoevaluación) para obtener el diagnóstico y finaliza con el noveno paso de la ruta crítica del PAMEC (Aprendizaje Organizacional)

3. METODOLOGÍA

Para el cumplimiento del objetivo se realizó seguimiento al cumplimiento de la calidad esperada de acuerdo con lo planteado PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC.

A decorative vertical bar on the left side of the page, consisting of a dark blue upper section and a light blue lower section.

RESULTADOS DE LAS ETAPAS DE LA RUTA CRÍTICA

AUTOEVALUACIÓN

La E.S.E Hospital Jose Rufino Vivas realizo el proceso de autoevaluación frente a los estándares de acreditación (dispuestos en el anexo de la Resolución 5095 de 2018), durante los meses de Enero a Marzo de 2021 según cronograma definido en la ruta crítica, este mecanismo permitió identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la Institución.

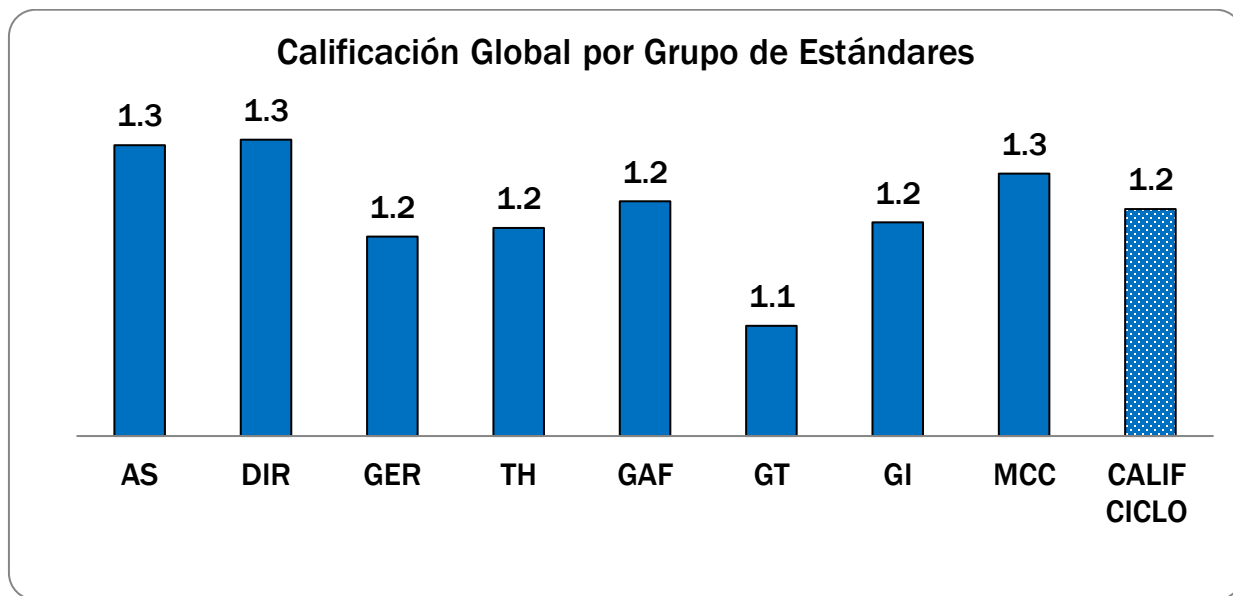
La autoevaluación estuvo a cargo de los equipos de autoevaluación conformados en la institución.



Para el desarrollo de esta etapa se realizaron los siguientes pasos:

- Leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.
- Interpretar el estándar, aclarando el propósito y la finalidad de los requisitos, llegando a una interpretación por consenso.
- Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa (Fortaleza, Soporte de la Fortaleza, Oportunidad de Mejora). Para el diligenciamiento se tiene en cuenta la descripción de las principales fortalezas que demuestren el cumplimiento del estándar, se registran las evidencias que constaten el cumplimiento para cada estándar, se relaciona documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos y en general todos aquellos registros que la institución utiliza. La calificación, las fortalezas y las oportunidades de mejoramiento son para el estándar, no para los criterios. Los criterios indican lo que se debe tener en cuenta para el cumplimiento del estándar.
- Calificar el estándar - autoevaluación cuantitativa. Para evaluar cuantitativamente se tuvieron en cuenta las 10 variables contempladas en las tres dimensiones (Enfoque, Implementación y despliegue y Resultados), esta evaluación se realizó en el formato [HERRAMIENTA PAMEC 2021](#), a su vez el formato permite cuantificar la calificación promedio de cada dimensión y finalmente obtener el puntaje total del estándar.

RESULTADO AUTOEVALUACIÓN CICLO 2021



SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES

Finalizada nuestra etapa de autoevaluación en el mes de marzo, continuamos con la priorización de las oportunidades de mejora y selección de procesos a mejorar, mediante la metodología de evaluación de Riesgo – Costo – Volumen propuesta por el Ministerio de la Protección Social, esta priorización se realizó en el formato [HERRAMIENTA PAMEC 2021](#), a continuación se describen los criterios de los factores críticos de éxito aplicados:

RIESGO	COSTO	VOLUMEN
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

RESULTADO PRIORIZACIÓN CICLO 2021

CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA				
GRUPO	TOTAL OM CICLO 2020			
	45 A 175	25 A 44	1 A 24	TOTAL
ASISTENCIAL	31	55	10	96
DIRECCIONAMIENTO	0	13	0	13
GERENCIA	0	15	0	15
TALENTO HUMANO	0	17	0	17
AMBIENTE FÍSICO	0	11	0	11
TECNOLOGÍA	0	10	0	10
INFORMACIÓN	0	14	0	14
MEJORAMIENTO	0	5	0	5
TOTAL GENERAL	31	140	10	181

DEFINICIÓN DE CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, hacia lo que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido.

Nuestro Hospital tomo como referencia los estándares de Acreditación, estos se convierten en la calidad esperada Institucional. Teniendo en cuenta los indicadores de gestión de evaluación del gerente se ha propuesto trabajar en la mejora continua y haciendo uso del principio de gradualidad, se espera lograr cumplimiento de los estándares de acreditación con una calificación global de 1.2 e individual por estándar de 1,4

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO

Teniendo en cuenta lo anterior la medición inicial del desempeño se toma el resultado de la autoevaluación del ciclo 2021 con la cual se determinaron las posibles brechas de desempeño u oportunidades de mejoramiento y el consecuente plan de mejora que nos permitió adoptar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

ELABORAR PLAN DE MEJORAMIENTO

Finalizado nuestra etapa de priorización en el mes de mayo realizamos la construcción de nuestros planes de mejoramiento donde el equipo definió los planes de acción para cada oportunidad de mejora priorizada mediante metodología definida en el procedimiento **PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC**, estos planes se registraron en el formato [HERRAMIENTA PAMEC 2021](#)

RESULTADO ELABORACIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO CICLO 2021

CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	
GRUPO	TOTAL OM CICLO 2021
	N° PLANES DE MEJORA
ASISTENCIAL	31
DIRECCIONAMIENTO	0
GERENCIA	0
TALENTO HUMANO	0
AMBIENTE FÍSICO	0
TECNOLOGÍA	0
INFORMACIÓN	0
MEJORAMIENTO	0
TOTAL GENERAL	31

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

La ejecución de nuestro plan de mejoramiento se definió durante los meses de Junio a Diciembre de 2021.

Se realizó seguimiento con los responsables designados en cada acción de mejora, finalizando el mes de la fecha de cierre de la acción se realizó el seguimiento para verificar el cumplimiento de las acciones por parte del Líder del PAMEC.

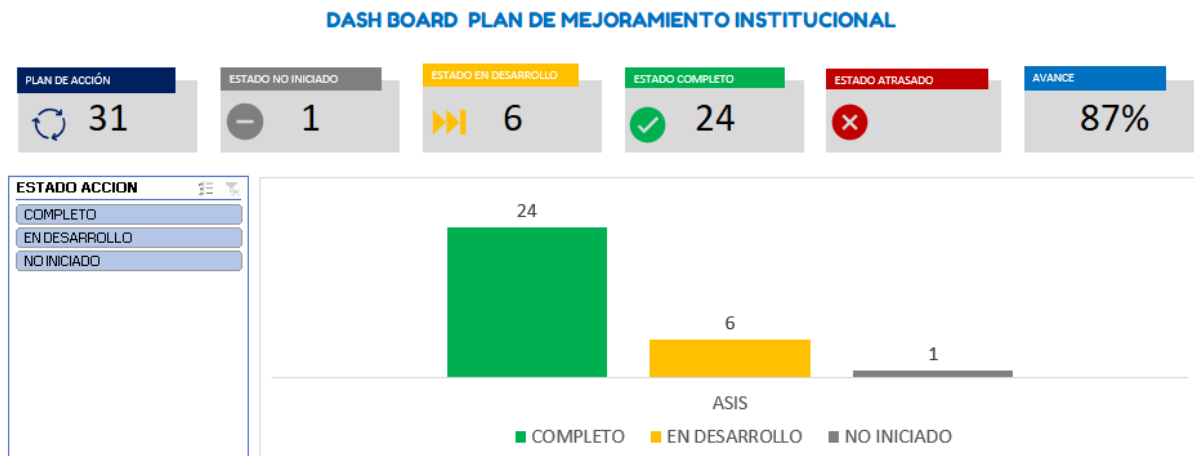
Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo asistencial generaron y mantuvieron una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Los planes de mejoramiento se ejecutaron en los plazos definidos.

Los seguimientos se registraron en el formato [HERRAMIENTA PAMEC 2021](#)

Con corte a la fecha de elaboración de este informe el siguiente es el avance de los planes de mejoramiento.

AVANCE EJECUCIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO CICLO 2021



APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Durante este ciclo de mejoramiento se dio énfasis en el grupo asistencial, nuestro objetivo durante este ciclo fue el ajuste documental y de lineamientos para el equipo asistencial.

El siguiente es el resultado del enfoque de las oportunidades priorizadas y su estado de avance individual y evidencia del aprendizaje organizacional

PLAN ACCIÓN #	FUENTE	GRUPO ESTANDAR	SUBGRUPO ESTANDAR	NUM	CODIGO	ESTADO	%AVANCE PLAN MEJORA	EVIDENCIA- APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL
1	PAMEC2021	ASIS	DERECHOS DE LOS PACIENTES	1	AsDP1	COMPLETO	100%	Código de integridad y buen gobierno
2	PAMEC2021	ASIS	DERECHOS DE LOS PACIENTES	4	AsDP4	COMPLETO	100%	Listados de asistencia a capacitaciones

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2021

3	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	5	AsSP1	COMPLETO	100%	Informe de resultado de encuesta de clima de seguridad del paciente
4	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	6	AsSP2	COMPLETO	100%	M-SP-01 Manual de seguridad del paciente
5	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	6	AsSP2	COMPLETO	100%	Informe de resultado de encuesta de clima de seguridad del paciente
6	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	7	AsSP3	COMPLETO	100%	PT-SP-02 PRTOCOLO DE ATENCION BINOMIO MADRE E HIJO
7	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	7	AsSP3	COMPLETO	100%	PT-UR-15 Protocolo de colocacion y mantenimiento de sondaje vesical PT-UR-16 Protocolo de identificacion correcta del paciente PT-UR-17 Protocolo de venopunision
8	PAMEC2021	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	8	AsSP4	COMPLETO	100%	PR-THSST-12 PROCEDIMIENTO PARA AISLAMIENTO Y REINTEGRO LABORAL PARA CASO SOSPECHOSO Y/O CONFIRMADO DE COVID 19
9	PAMEC2035	ASIS	EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	21	AsEV2	COMPLETO	100%	PT-PYP-02 Protocolo de atencion de emergencias obstetricas PT-PYP-01 Protocolo de atencion cuidado prenatal

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2021

10	PAMEC2039	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	25	AsPL3	COMPLETO	100%	C - OD Caracterización del proceso
11	PAMEC2042	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	28	AsPL6	COMPLETO	100%	M-AM-01Manual de procedimientos de laboratorio clínico M-AM-02 MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE, CONSERVACION Y REMISION DE MUESTRAS
12	PAMEC2043	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	29	AsPL7	COMPLETO	100%	PT-SP-02 PRTOCOLO DE ATENCION BINOMIO MADRE E HIJO
13	PAMEC2044	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	30	AsPL8	COMPLETO	100%	Informes de auditorias a programas
14	PAMEC2047	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	33	AsPL11	EN DESARROLLO	50%	
15	PAMEC2048	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	34	AsPL12	EN DESARROLLO	50%	

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2021

16	PAMEC2049	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	34	AsPL12	EN DESARROLLO	50%	
17	PAMEC2052	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	36	AsPL14	COMPLETO	100%	M-AM-01Manual de procedimientos de laboratorio clinico M-AM-02 MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE, CONSERVACION Y REMISION DE MUESTRAS
18	PAMEC2054	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	37	AsPL15	COMPLETO	100%	M-AM-01Manual de procedimientos de laboratorio clinico M-AM-02 MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE, CONSERVACION Y REMISION DE MUESTRAS
19	PAMEC2055	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	38	AsPL16	COMPLETO	100%	M-AM-01Manual de procedimientos de laboratorio clinico
20	PAMEC2056	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	38	AsPL16	COMPLETO	100%	M-AM-01Manual de procedimientos de laboratorio clinico

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2021

21	PAMEC2058	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	40	AsPL18	COMPLETO	100%	Listado de asistencia a capacitaciones
22	PAMEC2059	ASIS	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	40	AsPL18	EN DESARROLLO	50%	
23	PAMEC2060	ASIS	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	41	AsEJ1	EN DESARROLLO	50%	
24	PAMEC2064	ASIS	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	44	AsEJ4	NO INICIADO	0%	
25	PAMEC2066	ASIS	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	46	AsEJ6	EN DESARROLLO	50%	

26	PAMEC2067	ASIS	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	46	AsEJ6	COMPLETO	100%	registro en historia clínica
27	PAMEC2068	ASIS	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	47	AsEVA1	COMPLETO	100%	Informes de auditorias a programas
28	PAMEC2069	ASIS	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	47	AsEVA1	COMPLETO	100%	Listado de asistencia a capacitaciones
29	PAMEC2071	ASIS	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	48	AsEVA2	COMPLETO	100%	PR-CA-05 Procedimiento de Satisfacción al usuario y de Quejas y sugerencias
30	PAMEC2078	ASIS	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	53	AsREF1	COMPLETO	100%	PT-UR-18 Protocolo de Referencia y contrareferencia

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2021

31	PAMEC2102	ASIS	MEJORAMIENTO ASISTENCIAL	75	AsMCC1	COMPLETO	100%	PR-CA-03 Procedimiento Control del Servicio No Conforme PR-CA-04 Procedimiento Acciones Correctivas PR-CA-02 Procedimiento Auditorias Internas
----	-----------	------	-----------------------------	----	--------	----------	------	---