

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

PAMEC 2025

E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

Francisco Fonseca Amaris

Gerente

Enero 2026

CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Local Jose Rufino Vivas, como Empresa Social del Estado de baja complejidad, en cumplimiento de la normativa legal vigente y conforme a lo normado en el Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual en su Capítulo 2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS. En su Artículo 2.5.1.2.2 se reseña que se tendrá como componentes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad.

El PAMEC evaluado se implementó en el año del año 2024. Este se encuentra fundamentado en los estándares de acreditación: Grupo de estándares asistenciales, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares del talento humano, Grupo de estándares gestión de ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gestión de información, Grupo de estándares de mejoramiento.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC se basó teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y aprendizaje organizacional.

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

1. OBJETIVO GENERAL

Presentar informe de la ejecución de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) año 2025 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 AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC

4. RESULTADOS DE RUTA CRÍTICA

Como Institución Prestadora de los servicios de Salud de carácter público, la ESE Hospital Local José Rufino Vivas realiza, implementa anualmente el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), el cual activa la ruta crítica

A continuación, el cronograma de ruta crítica

[illegible]

AUTOEVALUACIÓN

La E.S.E Hospital José Rufino Vivas realizó 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 2025 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.

EQUIPO MEJORAMIENTO (3 NIVEL)

EQUIPO AUTOEVALUACIÓN (2 NIVEL)

EQUIPOS PRIMARIOS (1 NIVEL)

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

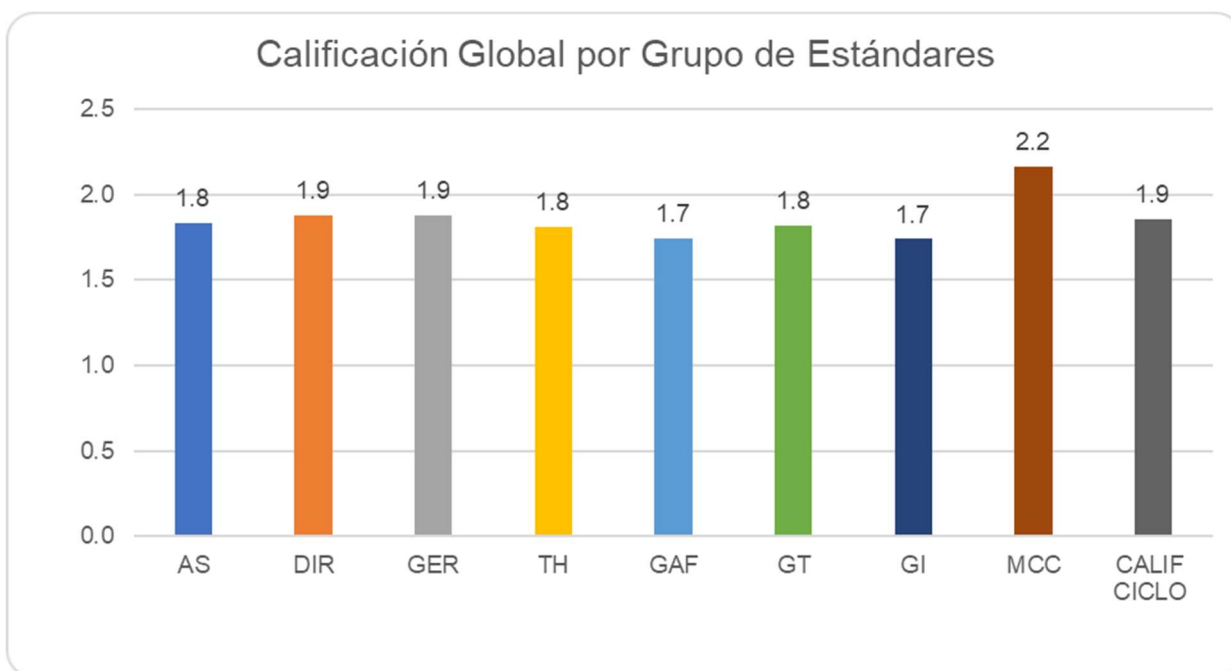
- *Leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.*
- *Interpretar el estándar, aclarando el propósito y la finalidad de los requisitos, llegando a una interpretación por consenso.*
- *Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa (Fortaleza, Soporte de la Fortaleza, Oportunidad 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 constatan el cumplimiento para cada estándar, se relaciona documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, modelos y*

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

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 2025** a su vez el formato permite cuantificar la calificación promedio de cada dimensión y finalmente obtener el puntaje total del estándar.*

RESULTADO AUTOEVALUACIÓN CICLO 2025



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 2025**, a continuación, se describen los criterios de los factores crítico 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.

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

RESULTADO PRIORIZACIÓN CICLO 2025

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA			
GRUPO	TOTAL OPORTUNIDADES			
	alta	media	baja	TOTAL
ASISTENCIAL	5	58	173	236
DIRECCIONAMIENTO	1	3	9	13
GERENCIA	2	5	14	21
TALENTO HUMANO	0	5	26	31
AMBIENTE FISICO	1	3	17	21
TECNOLOGIA	1	2	8	11
INFORMACIÓN	2	5	11	18
MEJORAMIENTO	3	4	5	12
TOTAL GENERAL	15	85	263	363

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 1,9.

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO

Teniendo en cuenta lo anterior la medición inicial del desempeño se toma el resultado de la autoevaluación del ciclo 2025 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 AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC**, estos planes se registraron en el formato **HERRAMIENTA PAMEC 2025***

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

La ejecución de nuestro plan de mejoramiento se definió durante los meses de junio a diciembre de 2025.

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.

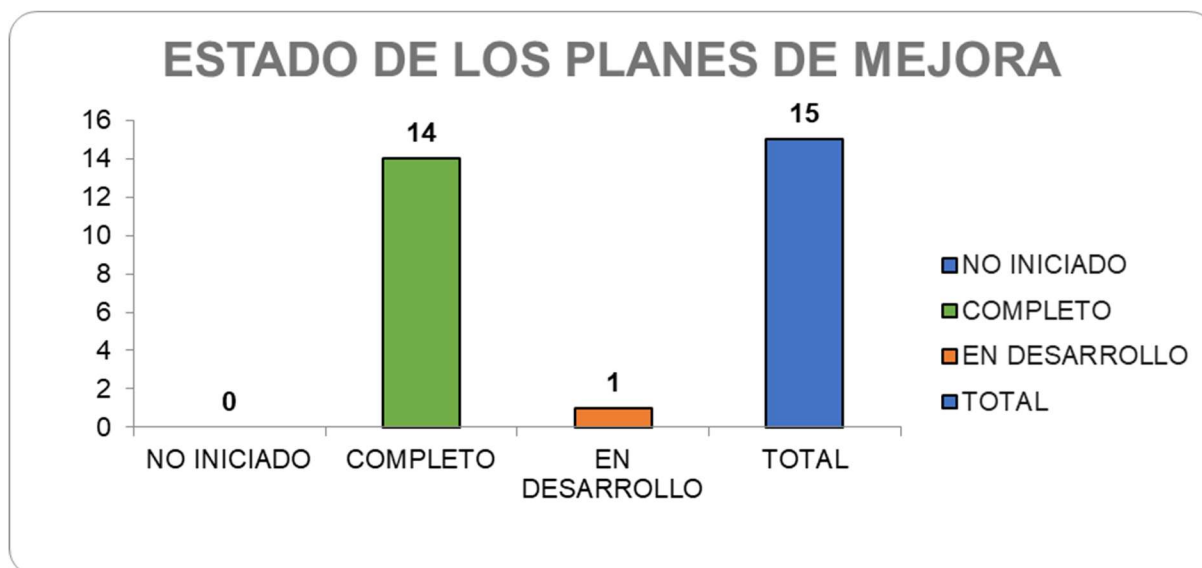
Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo asistencial generó y mantuvo una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Los planes de mejoramiento se ejecutaron en los plazos definidos.

*Los seguimientos se registraron en el formato **HERRAMIENTA PAMEC 2025***

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 2025



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

INFORME ANUAL PAMEC E.S.E HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS 2025

PLAN ACCIÓN #	FUENTE	GRUPO ESTANDAR	SUBGRUPO ESTANDAR	NUM	CODIGO	ESTADO	%AVANCE PLAN MEJORA
1	ASISTENCIAL	ASIS	SEGURIDAD DEL PACIENTE	12	AsSP1	Finalizado	100%
2	ASISTENCIAL	ASIS	REGISTRO E INGRESO	64	AsREG1	Finalizado	100%
3	ASISTENCIAL	ASIS	EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO	90	AsEV3	Finalizado	100%
4	ASISTENCIAL	ASIS	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	206	AsEVA3	Finalizado	100%
5	ASISTENCIAL	ASIS	SEDES INTEGRADAS EN RED	235	AsSIR16	Finalizado	100%
6	APOYO	DIR	DIRECCIONAMIENTO	241	DIR5	Finalizado	100%
7	APOYO	GER	GERENCIA	251	GER2	Finalizado	100%
8	APOYO	GER	GERENCIA	261	GER8	PENDIENTE	0%
9	APOYO	GAF	AMBIENTE FISICO	317	GAF6	Finalizado	100%
10	APOYO	GT	GESTIÓN DE TECNOLOGIA	323	GT1	Finalizado	100%
11	APOYO	GI	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	339	GI3	Finalizado	100%
12	APOYO	GI	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	341	GI5	Finalizado	100%
13	MEJORAMIENTO	MCC	MEJORAMIENTO CONTINUO	353	MCC1	Finalizado	100%
14	MEJORAMIENTO	MCC	MEJORAMIENTO CONTINUO	359	MCC3	Finalizado	100%
15	MEJORAMIENTO	MCC	MEJORAMIENTO CONTINUO	361	MCC4	Finalizado	100%

CONCLUSION GENERAL DEL PAMEC

El seguimiento a los planes de acción del PAMEC evidencia un alto nivel de cumplimiento, con predominio de actividades finalizadas al 100%, lo que demuestra una gestión efectiva en la implementación de acciones de mejora. No obstante, se identifica un porcentaje mínimo de planes en estado pendiente, lo cual resalta la necesidad de fortalecer el seguimiento oportuno y la adherencia a la ejecución de las actividades programadas. En general, los resultados reflejan un avance positivo en la cultura de mejoramiento continuo, manteniendo retos específicos que deberán ser priorizados en la siguiente vigencia.

OPORTUNIDAD DE MEJORA IDENTIFICADA

Se identifica como oportunidad de mejora el fortalecimiento de los mecanismos de divulgación y comunicación de los resultados de la gestión y del Plan Operativo Anual (POA), mediante la implementación de canales no digitales (físicos y presenciales), que permitan garantizar una mayor cobertura y comprensión de la información por parte de todos los colaboradores, especialmente aquellos que no cuentan con acceso a herramientas tecnológicas. Esta acción será priorizada en la siguiente vigencia, con el fin de fortalecer la comunicación institucional y la apropiación de los resultados.