



Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

2022

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022



CALIDAD

**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
DE FUSAGASUGÁ**

17/01/2022



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN
SALUD (PAMEC) 2022**

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2021

**Elaborado por:
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
GESTIÓN GERENCIAL
GESTIÓN DE LA CALIDAD
AÑO 2022**



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
3. ALCANCE	3
4. CONTENIDO	3
4.1. MARCO NORMATIVO	3
4.2. TIEMPO DE EJECUCIÓN	4
4.3. RUTA CRÍTICA	5
4.4. DEFINICIONES	5
4.5. AUTOEVALUACIÓN	6
4.5.1. AUTOEVALUACIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	7
4.5.2. GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	9
4.5.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN	10
4.6. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	10
4.7. CALIDAD OBSERVADA, CALIDAD ESPERADA	14
4.8. NIVELES DE OPERACIÓN	15
4.9. TIPOS DE ACCIONES	15
4.10. PLANES DE MEJORAMIENTO	15
4.11. INDICADORES	16
4.12. PROGRAMA DE AUDITORIA ANUAL	17
5. BIBLIOGRAFÍA	17
6. ANEXOS	18
7. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO	18
7.1. APROBACIÓN	18
7.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES	18
7.3. CONTROL DE COPIAS	18
7.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES	18



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

1. INTRODUCCIÓN

El hospital san Rafael de Fusagasugá es una empresa social del estado ubicada en la región del Sumapaz la cual hace parte del departamento de Cundinamarca. Catalogada como prestador complementario 3, actualmente se conforma por 13 sedes adscritas, la cual la convierte en la E.S.E. más grande del departamento, oferta 243 servicios y se proyecta la apertura de nuevos servicios que permiten ampliar el portafolio a la población de la región.

Teniendo en cuenta que somos una E.S.E. prestadora de servicios en salud, es necesario garantizar el despliegue del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud estructurado en el Decreto único reglamentario 780. Es por lo anterior que la Empresa Social Del Estado Hospital San Rafael De Fusagasugá establece mecanismos de control y mejora continua de los servicios enmarcados dentro del ciclo PHVA que propendan por el cumplimiento de los objetivos enfocados en la satisfacción del usuario.

Finalmente, para la vigencia 2022, la organización establece su programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, con alcance a todas sus sedes adscritas, desarrollando actividades que mejoren los indicadores de impacto como son los niveles de satisfacción del usuario, el control y/o minimización de los riesgos, la seguridad de los procesos de atención y la Oportunidad en la prestación de los servicios.

A continuación, se dará el despliegue a la ruta crítica de planeación y ejecución establecida en la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas de operación e implementación de la mejora en la prestación de los servicios de salud con base en el programa de auditoria establecido en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y sus sedes adscritas, a través del cumplimiento de estándares superiores de calidad, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos e implementación de oportunidades de mejoramiento que minimicen los riesgos durante el proceso de atención en salud en búsqueda de la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer mecanismos de autodiagnóstico de los procesos de la organización, identificando riesgos y acciones de mejora.
- Desplegar estrategias en el ciclo de atención del usuario que propendan por mejorar los niveles de satisfacción del usuario y su familia.
- Realizar auditorías en los servicios o procesos para verificar apropiación y cumplimiento a los lineamientos institucionales y/o normativos.

3. ALCANCE

El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC aplica para los procesos asistenciales y administrativos de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá en su sede central y sedes adscritas.

4. CONTENIDO

4.1. MARCO NORMATIVO

Decreto 1011 de 2006, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Son cuatro (4) los componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. Define la obligación de los entes territoriales de salud, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas y brindar la asistencia técnica necesaria.

Decreto 903 de 2014, "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema Único de Acreditación".



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

Decreto 4295 de 2007, "Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 872 de 2003".

Decreto 780 de 2016, "Por el cual se establece el decreto único reglamentario del sector salud y protección social, se dictan disposiciones de SOGCS".

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

Resolución 123 de 2012 en Sus anexos Técnicos, "Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006".

Resolución 5095 de 2018, "Deroga el anexo técnico de la resolución 123 de 2012 y establece el nuevo manual de acreditación 3.1".

Resolución 256 de 2016, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud".

Resolución 3100 de 2018, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores".

Política de Seguridad del paciente 2020, Es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Bogotá, 11 de junio de 2008. Documento en el cual se establece la línea base en la implementación de la política en el territorio nacional.

Directrices Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad Ministerio de Salud 2016-2021.

Buenas prácticas para la seguridad del paciente. Protocolo del estudio IBEAS para los Hospitales de Colombia, Ministerio de Protección Social, 2009, guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, 2010, promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente - Guía del tutor - Guía del Alumno, protocolo de Londres. Traducción con modificaciones del documento System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Autores: Sally Taylor-Adams y Charles Vincent (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK).

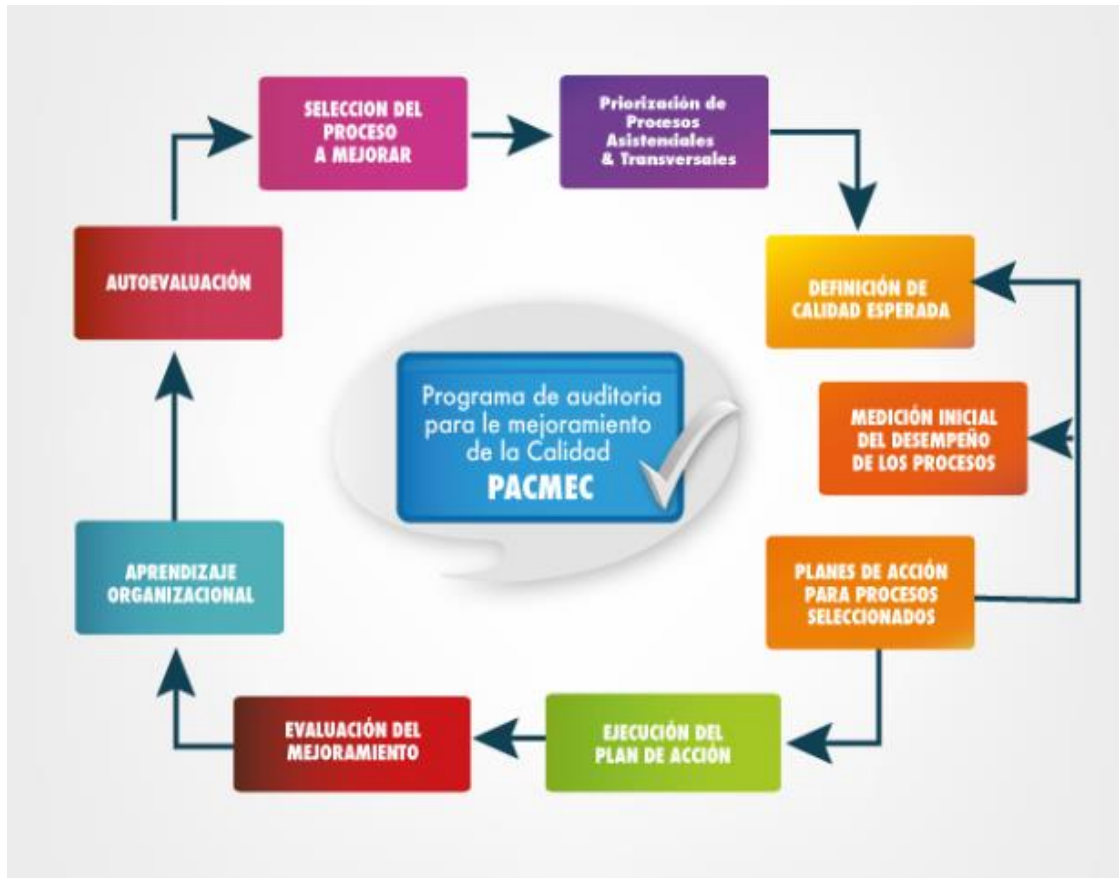
4.2. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El presente programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud se establece desde Enero del 2022 hasta Diciembre 31 del 2022, con el desarrollo de actividades que enmarcan el ciclo PHVA de mejoramiento.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

4.3. RUTA CRÍTICA



4.4. DEFINICIONES

ACCESIBILIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ACTIVIDAD: Son hechos que ocurren durante un proceso. Se considera como la unidad de labor o esfuerzo en el desempeño de una persona o grupo que implica recursos y tiempo para ser realizada.

ATENCIÓN DE SALUD: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

CONTINUIDAD: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

GUÍA: Es una herramienta administrativa que tiene como finalidad ofrecer las orientaciones necesarias para lograr que las personas involucradas en un proceso lo puedan realizar de manera lógica, coherente y objetiva.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

MODELO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO: Es una herramienta del Plan de Acción, orientada a realizar los ajustes necesarios para garantizar la adecuada prestación de los servicios de acuerdo a parámetros de oportunidad, eficacia, eficiencia y suficiencia; mejorando las condiciones de trabajo en todos los ámbitos y haciendo los ajustes y las acciones de control necesarias para que cada proceso dentro de la institución y la institución como tal, sean más competitivos y se orienten a la satisfacción del cliente.

PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

PROCESO: Cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue un valor, y suministre un insumo a un cliente externo o interno. Constituye dentro de una organización, la célula básica de organización del trabajo. Se define como un conjunto de personas y recursos locativos, materiales, tecnológicos y financieros dispuestos coherentemente, en atención a prestar un conjunto de servicios.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

4.5. AUTOEVALUACIÓN

El Sistema Único de Acreditación contempla estándares y criterios que involucran ejes transversales para todos los procesos de atención institucionales en los que se incluyen: (Seguridad del Paciente, Humanización de la Atención, Gestión de la Tecnología, Enfoque del riesgo, Responsabilidad Social y Transformación Cultural).

Por lo anterior la entidad establece este componente "SUA" como marco referente del Mejoramiento en la prestación de los servicios de Salud el cual define estándares superiores de calidad que son objeto de análisis y referentes para la prestación de los servicios de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social



Es así como en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, La Autoevaluación permite a la institución elaborar un diagnóstico básico para establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la institución presenta, identificando oportunidades de mejoramiento con fuentes provenientes de:

- **SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN:** Se realizará la Autoevaluación de los estándares de Acreditación establecidos en la Resolución 5095 del 2018, donde se definirán las Oportunidades de mejoramiento las cuales una vez realizada la priorización se definirán las que van a ser trabajadas en los Planes de mejoramiento institucional



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

- **GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Se identificará a través de los reportes realizados por cada una de las áreas y las rondas de seguridad ejecutadas por el equipo de Calidad y las identificadas en auditorías externas.
- **SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN:** Análisis de los indicadores e identificación de mejoras frente a las desviaciones identificadas.

4.5.1. AUTOEVALUACIÓN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Se desarrolla la metodología de autoevaluación siguiendo la metodología ABC del sistema Único de Acreditación la cual a través de los equipos de mejoramiento se analizarán cada uno de los estándares para realizar la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Acreditación y siguiendo los lineamientos metodológicos del documento de Acreditación establecido institucionalmente.

Con base a lo anteriormente descrito la E.S.E. realiza el proceso de autoevaluación del sistema único de acreditación contando con la participación de la gerencia, el equipo directivo, miembros participantes de los comités Institucionales, colaboradores asistenciales de la sede principal y de los puestos de salud adscritos a la E.S.E, y teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar un proceso objetivo con la participación de los actores directamente involucrados con la prestación de los servicios. Para la realización del ejercicio se definieron los grupos de trabajo por cada estándar y con el fin de facilitar el desarrollo de la actividad se designaron unos tutores para cada uno de los grupos de estándares encargados de realizar el acompañamiento del mismo, de la siguiente manera.

A continuación, se presentan los grupos de autoevaluación conformados y el detalle del mismo hace parte del presente documento como Anexo 1

GRUPO DE ESTANDARES	EQUIPOS DE MEJORAMIENTO	TOTAL DE INTEGRANTES
PACAS	EJES	9
	AMBULATORIO	7
	URGENCIAS	8
	HOSPITALIZACION	9
	APOYO DIAGNOSTICO	7
	SEDES INTEGRADAS	10
DIRECCIONAMIENTO		9
GERENCIA		12
TALENTO HUMANO		6
SISTEMAS DE INFORMACION		9
AMBIENTE FISICO		8
TECNOLOGIA		6
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		7
TOTAL PARTICIPANTES		107

A través de los equipos de mejoramiento se realizó la Autoevaluación cualitativa y cuantitativa de la vigencia (Ver anexo 2).

AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA: Consiste en la identificación de Fortalezas y Oportunidades de mejora frente a lo solicitado en el estándar y sus criterios.

Es así como en cada una de las mesas de mejoramiento los equipos realizaron la lectura de su estándar y a través de un trabajo participativo del equipo interdisciplinario se definieron las fortalezas y Oportunidades de mejoramiento para

El ejercicio se realizó en septiembre del 2021 con el acompañamiento de una empresa asesora quien realizó inicialmente capacitación de la metodología y el desarrollo del ejercicio con control de tiempos con previa planeación de distribución de los estándares. (Anexo 2)

Las jornadas de evaluación incluyen:



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

- 1 día para evaluar los 75 estándares de PACAS.
- 1 día para evaluar los estándares de apoyo (Talento humano., Información Ambiente físico, Tecnología).
- 1 día para evaluar los estándares de Gerencia y Mejoramiento.
- 1 día para evaluar los estándares de Direccionamiento.

Nota: Teniendo en cuenta la situación de salud pública, los estándares de Direccionamiento se evaluaron virtualmente.

AUTOEVALUCION CUANTITATIVA:

El resultado del ejercicio arroja para la Autoevaluación cuantitativa la siguiente calificación:

GRUPO DE ESTÁNDAR	No. ESTÁNDAR		PROMEDIO	MÍNIMA CALIFICACIÓN	MODA
Proceso de Atención al Cliente Asistencial - PACAS	1	75	2,30	1,00	2,54
Direccionamiento	76	88	2,20	1,49	2,42
Gerencia	89	103	2,14	1,46	2,24
Gerencia del Talento Humano	104	120	2,07	1,74	2,13
Gerencia del Ambiente Físico	121	131	2,19	1,75	2,25
Gestión de Tecnología	132	141	2,14	1,88	2,33
Gerencia de la Información	142	155	2,13	1,99	2,09
Mejoramiento de la Calidad	156	160	2,42	2,24	2,42
TOTAL			2,20	1,00	2,42



Nota: Para la vigencia 2022 se tiene programada la Autoevaluación en el mes de octubre de la vigencia

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE AUTOEVALUACIÓN POR VIGENCIAS:

Podemos evidenciar en la tabla comparativa por vigencias y ciclos de preparación la calificación de autoevaluación del sistema único de acreditación teniendo como base la medición del 2017 de 1,20 y el último resultado de 2020 con 1,69.

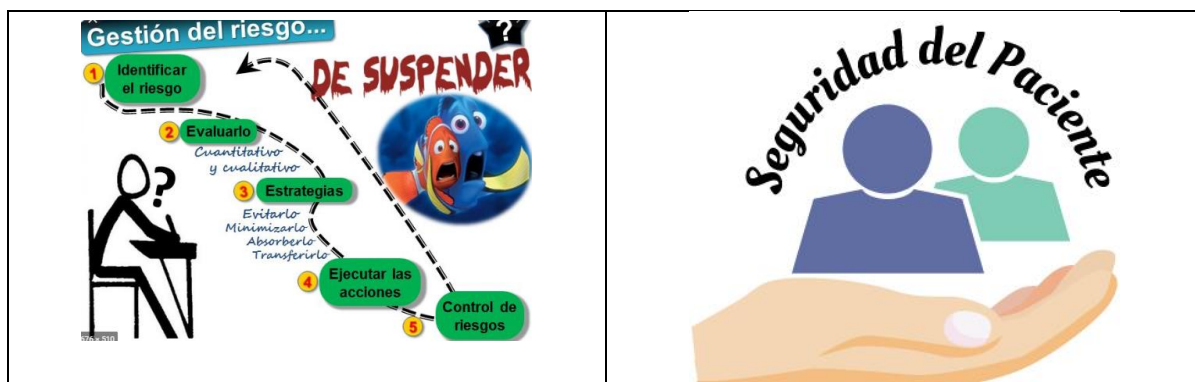


PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

Así mismo en la última Autoevaluación se contó con la participación de referentes de calidad, seguridad, humanización de las E.S.E. de Arbeláez para hacer el ejercicio articulado teniendo en cuenta la organización de redes en el departamento de Cundinamarca.

RESULTADOS COMPARATIVOS POR VIGENCIAS					
GRUPO DE ESTANDARES	2017	2018	2019	2020	2021
PACAS	1,14	1,59	2,16	1,87	2,30
DIRECCIONAMIENTO	1,36	1,56	1,96	1,85	2,20
GERENCIA	1,32	1,61	1,92	1,45	2,14
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,10	1,51	1,73	1,54	2,07
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1,37	1,57	1,95	1,78	2,19
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1,03	1,08	1,79	1,27	2,14
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,13	1,28	1,92	2,18	2,13
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,14	1,32	1,94	1,54	2,42
TOTAL	1,20	1,44	1,92	1,69	2,20

4.5.2. GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



Este proceso de autoevaluación enmarca desde la identificación de los riesgos hasta el seguimiento a los puntos de control haciendo un cruce de información entre el eje de Gestión del riesgo y el de Seguridad del paciente.

Se identificará a través de los reportes realizados por cada una de las áreas y las rondas de seguridad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

Dentro de los riesgos identificados y priorizados teniendo en cuenta los reportes realizados y los factores de riesgo identificados en las rondas de seguridad se establecen los siguientes:

- Riesgo de Infecciones.
- Riesgo de UPP.
- Riesgo de Caída.
- Riesgo en la administración de medicamentos.
- Riesgos en el diligenciamiento de los formatos que hacen parte del historial clínico, *Riesgos en la identificación del Paciente.
- Riesgos con los canales de comunicación con el usuario.

Para esta evaluación igualmente se tendrán en cuenta los indicadores de Seguridad establecidos en la Resolución 256 para su monitoreo y seguimiento.

Así mismo la organización cuenta con la matriz de riesgo institucional manejada por procesos y dentro de las actividades de evaluación y seguimiento a los controles se hace verificación a través de listas de chequeo y metodología de Paciente trazador.

4.5.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Los indicadores son un insumo primordial para la toma de decisiones de tipo Gerencial, por ende, a través del Comité de Sistemas de Información se realizarán análisis periódicos de la información con el equipo multidisciplinario para definir propuestas de mejoramiento de los indicadores que presentan desviaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Se realizó la verificación de dos indicadores específicos para la experiencia en la atención con base a lo registrado en el observatorio de calidad para vigencia 2017, a continuación, se describe cuáles son los indicadores y sus resultados.

Los siguientes indicadores fueron priorizados para el monitoreo en el PAMEC:

- Oportunidad en Toma de Ecografías y estudios Radiológicos.
- Oportunidad en la ejecución de Interconsultas.
- Oportunidad en la entrega de resultados de apoyo diagnóstico.
- Porcentaje de Cancelación de cirugías.

4.6. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

SELECCIÓN DE PROCESOS

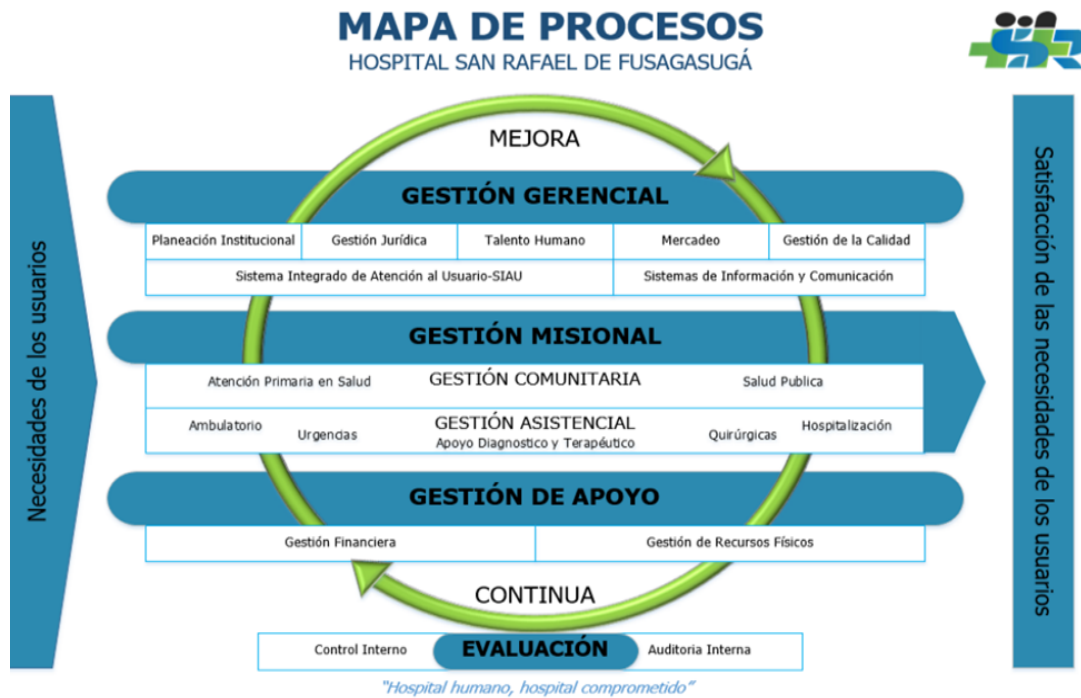
Como Institución que trabaja por el mejoramiento continuo de los procesos institucionales con el objetivo de alcanzar un mayor nivel de apropiación de nuestra población objeto de atención que conlleve al mejoramiento de los niveles de satisfacción, la Institución selecciona para la mejora todos sus Procesos, realizando una articulación con los estándares del Sistema Único de Acreditación con el objetivo de lograr un impacto gradual en todo su ciclo de atención.

Tabla 5: Articulación del Grupo de Estándares de Acreditación con los procesos Institucionales

Seguidamente se identifican en la matriz de correlación los estándares priorizados con los procesos contemplados en el mapa de procesos de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022



PROCESOS VS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		
SECCIÓN DE ESTÁNDARES	GRUPO DE ESTÁNDARES	PROCESOS
Sección de proceso de atención al cliente asistencial	Grupo de estándares de atención del cliente asistencial	<ol style="list-style-type: none"> Atención primaria en salud. Gestión comunitaria. Salud pública. Ambulatorio. Urgencias. Gestión asistencial. Quirúrgicas. Hospitalización. Sistema integrado de atención al usuario.
Sección de estándares de apoyo	Grupo de estándares de direccionamiento	1. Gestión gerencial
	Grupo de estándares de gerencia	<ol style="list-style-type: none"> Gestión gerencial. Gestión financiera. Planeación institucional. Mercadeo. Gestión jurídica. Gestión financiera.
	Grupo de estándares de gerencia del talento humano	1. Talento humano
	Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico	1. Gestión de recursos físicos
	Grupo de estándares de gestión de la tecnología	
	Grupo de estándares de gerencia de la información	1. Sistemas de información y comunicación
Sección de estándares de mejoramiento	Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad	1. Gestión de la calidad

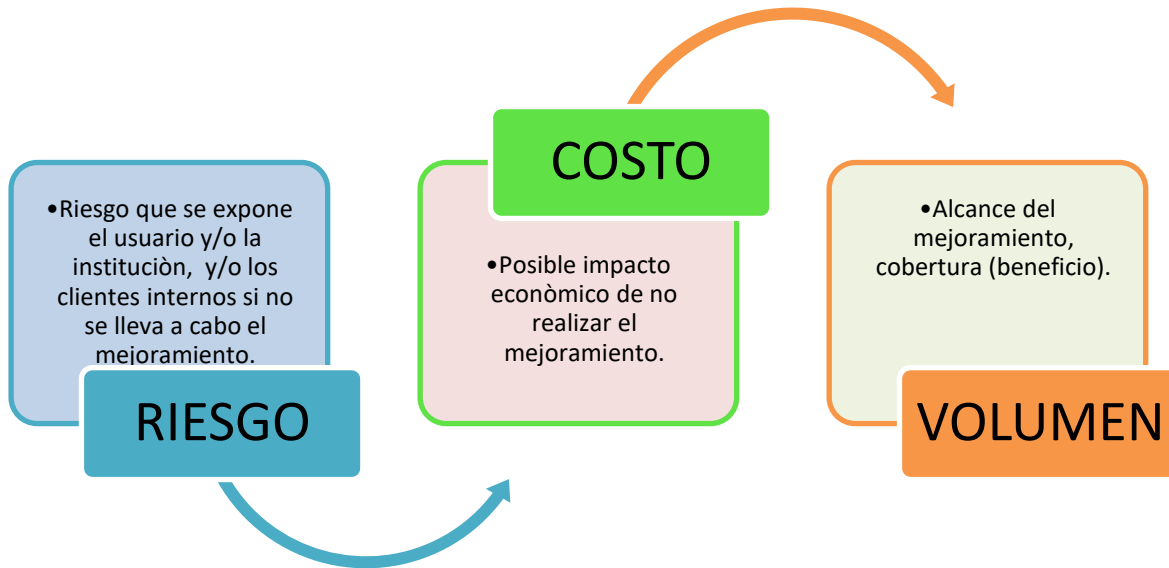
Fuente: Interna, Programa de Auditoría y Mapa de Procesos Institucionales.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

PRIORIZACIÓN:

La priorización se realizó estableciendo un listado de oportunidades de mejora que aplican para cada grupo de estándares, calificándolas según variables establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en una escala de 1 a 5, Según los conceptos de Riesgo, Costo, Volumen, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, el resultado final resulta de la multiplicación de estos 3 valores. Se define utilizar la siguiente tabla



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.

Los resultados de la evaluación de estas variables se multiplican entre sí para dar como resultado una priorización la cual está articulada a una semaforización con los siguientes resultados a través de la siguiente escala:



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

Tabla 6: Escala de Priorización con tiempos de Ejecución de las Oportunidades de Mejora


SEMAFORIZACIÓN	PRIORIZACIÓN	RANGOS	TIEMPO DE EJECUCIÓN
ROJO	Alta	Mayor o igual a 80	Hasta los 6 meses
AMARILLO	Media	31 a 79	Hasta los 9 meses
VERDE	Baja	Menor o Igual a 30	Hasta 12 meses

Fuente: Interna, PAMEC institucional.

La metodología que opera en el Hospital para la priorización de las oportunidades se aplica de la siguiente manera:

- A través de las reuniones de los equipos de mejoramiento Primarios, de Autoevaluación y Mejoramiento Institucional, se realiza la calificación al total de oportunidades de mejora de cada vigencia evidenciadas por el ente Acreditador (correspondiente conforme a los criterios de priorización descritos anteriormente).
- Se priorizan las oportunidades con prioridad alta, las cuales quedaron definidas en rojo, para que se intervención se realice en menor tiempo.

El ejercicio de priorización de las oportunidades de mejoramiento arrojó los siguientes resultados:

 Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido"	CONSOLIDADO DE PRIORIZACION DE OM			
	VERDES	AMARILLAS	ROJAS	TOTAL
PACAS				
DIRECCIONAMIENTO	74	113	209	396
GERENCIA	40	5	3	48
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	37	9	6	52
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	11	8	32	51
GESTION DE LA TECNOLOGIA	12	7	13	32
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	11	17	21	49
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3	28	17	48
TOTAL	188	187	301	676

Del total de las 676 Oportunidades la organización seleccionó un total de 91 Oportunidades en cada una de las escalas de semaforización como se relaciona a continuación:



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

ESTANDAR	OPORTUNIDADES	SEMAFORIZACION		
		VERDE	AMARILLO	ROJO
PACAS (INCLUYE EJES)	36	8	9	19
DIRECCIONAMIENTO	5	0	1	4
GERENCIA	5	1	1	3
TALENTO HUMANO	12	4	4	4
GERENCIA DE LA INFORMACION	13	2	5	6
GESTION DE LA TECNOLOGIA	8	2	1	5
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	7	1	2	4
MEJORAMIENTO	5	3	1	1
TOTAL	91	21	24	46

4.7. CALIDAD OBSERVADA, CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperado significa asignar la meta a lograr en la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido, partiendo de la identificación del producto, el cliente, sus necesidades y expectativas.



CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS, está en 96,3 % para la vigencia 2021	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS, mantenerla en un porcentaje superior al 95% para la vigencia 2022
Número de quejas radicadas en la vigencia 2021 fueron en total 770	Gestionar el 100% de las quejas del usuario, sensibilizar al paciente en los mecanismos de escucha y evaluar en un porcentaje superior al 80% la satisfacción y/o aceptabilidad del usuario frente a la respuesta emitida
Disminución de la cultura de reporte de novedades de seguridad encontrando un total de 2238 reportes	Aumentar en un 2% la cultura del reporte de seguridad



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

Porcentaje de cumplimiento en la entrega oportuna de exámenes de laboratorio menor del 85%	Alcanzaren un porcentaje superior al 85% la meta institucional establecida para la entrega de resultados de apoyo diagnóstico (Laboratorio-Imagenología)
--	--

4.8. NIVELES DE OPERACIÓN

AUTOCONTROL	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA EXTERNA
El autocontrol se consigue a través de empoderar a los dueños de cada uno de los procedimientos que conforman los procesos priorizados de manera tal que sean ellos quienes se encarguen de velar por la calidad de los mismos desde el momento en que se lleva a cabo cada uno de ellos hasta obtener el resultante final del proceso.	La auditoría interna se realiza sobre el autocontrol para evaluar la eficiencia de las acciones desarrolladas y para aportar recomendaciones para la mejora continua de la calidad de la atención en salud.	El nivel de operación de auditoría externa se realizará a través de un agente externo a la sede y consistirá en la evaluación del cumplimiento de las evaluaciones propuestas en el PAMEC tanto para el nivel de auditoría interna como para el nivel de autocontrol.

Nota: Ver matriz de seguimiento PAMEC niveles de operación.

4.9. TIPOS DE ACCIONES

Para la verificación de la implementación se tiene en cuenta los soportes que evidencien el cumplimiento de las actividades planteadas/realizadas, las variaciones en la calidad observable y las barreras de mejoramiento, propuestas y soluciones a las mismas.

Se acuerda que para cada acción de mejora se recogerá un portafolio de evidencias que sustenten el cumplimiento de las acciones. Se tiene proyectado el cumplimiento del 90% de las acciones de mejoramiento propuestas en cada uno de planes de mejoramiento. Para la formulación y seguimiento del PAMEC se tiene como línea base las diferentes acciones de cumplimiento:

- **ACCIONES DE GESTIÓN DEL RIESGO.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **ACCIONES COYUNTURALES.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.


Nota: revisar la matriz de seguimiento del PAMEC, tipo de acciones.

4.10. PLANES DE MEJORAMIENTO

Se definen los Planes de Mejoramiento producto de la priorización de las Oportunidades de Mejoramiento teniendo para el 2022 las Sigüientes OM y acciones para desplegar a nivel institucional:



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

 Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido"	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ			
	CONSOLIDADO DE OPORTUNIDADES			
	ESTÁNDAR	OPORTUNIDADES	SEMAFORIZACIÓN	
VERDE			AMARILLO	ROJO
PACAS	36	8	9	19
DIRECCIONAMIENTO	5	0	1	4
GERENCIA	5	1	1	3
TALENTO HUMANO	12	4	4	4
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	13	2	5	6
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	8	2	1	5
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	7	1	2	4
MEJORAMIENTO	5	3	1	1

Los Planes de mejoramiento se construyen a través de los equipos de mejoramiento institucional donde se definen las acciones en el ciclo PHVA. Ver Anexo 4. Planes de mejora institucional.

4.11. INDICADORES

El monitoreo del PAMEC se realizará mediante la medición de los siguientes indicadores:

- **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO:**
 - Formula del indicador: Número de acciones cumplidas / Total de acciones programadas.
 - Meta de cumplimiento: Debe ser igual o superior al 90%.
 - Monitoreo: El monitoreo se realizará de manera trimestral.
- **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE AUDITORÍAS:**
 - Formula del indicador: Número de auditorías ejecutadas / Total de auditorías programadas.
 - Meta de cumplimiento: Debe ser superior al 90%.
- **PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO ESTANDARIZADAS:**
 - Número de acciones de mejoramiento estandarizadas (lecciones aprendidas y/o factores críticos de éxito interiorizados) / Total de acciones de mejoramiento identificadas con cumplimiento de los requisitos de estandarización.
 - **Nota:** Así mismo para que la mejora pueda ser estandarizada debe cumplir los siguientes requisitos:
 - La oportunidad debe estar concatenada con un indicador de efectividad que debe mostrar tendencias positivas en más de dos mediciones.
 - La revisión y/o seguimiento de segundo orden no debe evidenciar recurrencia de la oportunidad por otras fuentes.
 - Identificar el factor de éxito para hacerlo parte del banco de lecciones aprendidas.
 - Tener un cumplimiento de la acción igual o mayor al 90%.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

4.12. PROGRAMA DE AUDITORIA ANUAL

Con el desarrollo del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, se establece programa de auditoría integral de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá que tiene como alcance todas las sedes adscritas, dicho programa se estructuró con la finalidad de evidenciar un desarrollo de ejercicios de auditorías integrales a los servicios priorizados y establecidos en el programa. (Ver anexo 5)

Para la vigencia 2022 se programan un total de 22 auditorías con una frecuencia mensual, trimestral, semestral y anual teniendo en cuenta resultados previos y/o tipo de auditoría. Dentro de las auditorías se encuentran:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Autoevaluación del sistema Único de habilitación, Resolución 3100 Realizar auditoria con base al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Sistema único de habilitación sede principal).	Calidad
2	Realizar auditoria con base al Sistema obligatorio de Garantía de la calidad (Sistema único de habilitación) el cada una de las sedes adscritas y según lo establecido en la Resolución 3100 del 2019.	Calidad
3	Seguimiento a tiempos y movimientos del servicio de urgencias.	Calidad
4	Seguimiento a las actividades de referenciación comparativa.	Calidad
5	Seguimiento a laboratorio en la implementación de la Resolución 15189.	Calidad
6	Monitoreo a la calidad en la prestación del servicio a través de auditoria de paciente trazador.	Calidad y Seguridad del paciente
7	Seguimiento a las vigilancias (Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia).	Líderes referencia y calidad
8	Informe de seguimiento a los indicadores (normativos y por proceso).	Calidad
9	Seguimiento a correcta segregación de residuos que incluya correcto diligenciamiento planillas RH1.	Ambiental
10	Seguimiento a matriz de riesgos institucional	Eje de riesgos
11	Seguimiento a breafing y debriefing.	Seguridad del paciente y calidad
12	Seguimiento a correcta utilización de EPP	Seguridad y salud en el trabajo
13	Seguimiento a procedimientos de enfermería.	Enfermería
14	Seguimiento a efectividad de los comités institucionales	Planeación
15	Auditoría de historias clínicas en puestos de salud.	Calidad
16	Seguimiento al PAMEC.	Calidad
17	Seguimiento a la implementación de los paquetes instruccionales.	Seguridad del paciente
18	Evaluación en la adherencia a Guías de Práctica Clínica	Subgerencia científica
19	Simulacro de acreditación.	Calidad y seguridad del paciente
20	Auditoría a cadena de custodia.	Calidad
21	Seguimiento a reuniones de equipos de mejora.	Calidad
22	Seguimiento a indicadores.	Calidad

5. BIBLIOGRAFÍA

- Resolución 3100, "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores de habilitación de servicios de salud".
- Resolución 5095, "Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1".



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2022

6. ANEXOS

- Anexo 1. Equipos de mejora.
- Anexo 2. Autoevaluación.
- Anexo 3. Priorización.
- Anexo 4. Plan de mejoramiento.
- Anexo 5. Cronograma de auditorías.

7. APROBACIÓN, CONTROL Y DISPOSICIÓN DEL DOCUMENTO

7.1. APROBACIÓN					
	Nombre	Cargo	Fecha	Firma	
Elaboró	LUISA FERNANDA SALAMANCA VÁZQUEZ	ASESOR DE CALIDAD	17-ENE-2021		
Revisó	JULIÁN NIETO BELTRÁN	PROFESIONAL APOYO A PLANEACIÓN	17-ENE-2021		
	DAVID ALBERTO ROJAS FLÓREZ	SUBGERENTE CIENTÍFICO			
Aprobó	ANDRÉS MAURICIO GONZÁLEZ CAYCEDO	GERENTE	17-ENE-2021		
7.2. CONTROL DE CAMBIOS Y REVISIONES					
Versión	Descripción del cambio o revisión	Nombre	Fecha	Firma	
01	Creación del documento para la vigencia 2020.	ADRIAN GARCIA PABON	23-OCT-2020		
02	Actualización del documento al formato de manual y a las actividades de la vigencia 2021.	LUISA FERNANDA SALAMANCA	15-ENE-2021		
03	Se actualiza documento teniendo en cuenta el ejercicio de autoevaluación realizado en el 2021, priorizando oportunidades de mejora.	LUISA FERNANDA SALAMANCA VÁZQUEZ	17-ENE-2021		
7.3. CONTROL DE COPIAS					
Copias	Nombre de quien recibe	Cargo	Fecha	Firma	
Original	JAIRO BOBADILLA MONTENEGRO	PROFESIONAL PLANEACIÓN	17-ENE-2021		
7.4. CONTROL Y DISPOSICIÓN DE REGISTROS DOCUMENTALES					
Identificación		Área de almacenamiento	Conservación		Disposición final
Código	Nombre del documento		Archivo de gestión	Archivo central	
CA-MA-04 V03	Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) 2022.	Planeación Institucional	2	8	Conservación total