



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL

**ROSARIO PUMAREJO
DE LÓPEZ**

¡Creciendo para todos con calidad!

2017

INFORME DE CIERRE PAMEC 2017



Calidad

Hospital Rosario Pumarejo de López

31/12/2017

INFORME PAMEC

INFORME DE AVANCE DEL PAMEC A DICIEMBRE 2017

INTRODUCCION

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, como Empresa Social del Estado de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad, en cumplimiento de la normativa legal vigente y conforme a lo normado en el Decreto 1011 del 2006 inicia a partir del años 2006 y 2007 dio inicio a la construcción del PAMEC partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha.

Actualmente el PAMEC se encuentra en desarrollo la versión N° 6, aprobada por el comité MECÍ – CALIDAD el 06 de Junio del 2017, se implementó el 22 de Agosto del mismo año en mención. Este se encuentra fundamentado en los estándares de acreditación: Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia del talento humano, Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gerencia de la información, Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC se basó teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS 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 seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.

Para terminar este informe está enfocado en la verificación de las acciones de mejora priorizadas con el fin de verificar su cumplimiento como herramienta de mejoramiento continuo en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.

INFORME PAMEC

1. CONSOLIDADO DE RESULTADOS DEL PAMEC A DICIEMBRE DEL 2017

1.1. RUTA CRITICA

La mejora continua es un proceso que la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López utiliza para perfeccionar sus procesos, servicios y productos a fin de satisfacer y superar las expectativas de sus usuarios, por lo tanto el presente informe del PAMEC se enfocó en la verificación de las oportunidades y acciones de mejora priorizadas en el año 2017, con el fin de verificar su cumplimiento.

PARAMETROS	EN-FEB	MAR-ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
CIERRE VIGENCIA ANTERIOR										
Planificación										
Capacitación										
Autoevaluación por grupos de estándares: asistenciales, talento humano, ambiente físico, gestión tecnológica e información, direccionamiento y gerencia y mejoramiento										
Priorización de estándares y selección de procesos										
Definición de la calidad esperada										
Medición inicial del desempeño de los procesos										
Establecimiento de la brecha entre lo esperado y lo observado										
Identificación de oportunidades de mejoramiento										
Aplicación de acciones de mejoramiento										
Seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas										

Fuente: PAMEC

1. AUTOEVALUACION.

Como Institución Prestadora de los servicios de Salud de carácter público, la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López realiza su autoevaluación anualmente, por ello se hace indispensable presentar información de la última autoevaluación. Se hace indispensable presentar la calificación anual de los estándares de acreditación, anualmente esta se hace evaluando el periodo

Para cumplir con la autoevaluación existe una metodología normativizada y de la cual hay que tener en consideración algunos criterios que a continuación se describirá de manera específica los resultados de autoevaluación cualitativa y cuantitativa frente al Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, aplicando la resolución 2082 de 2014 que involucre la identificación de las dimensiones en el cumplimiento de los estándares (Enfoque, Implementación y resultados). Para iniciar se tendrá en cuenta algunas consideraciones al evaluar:

Estándares que No Aplican: Es importante reseñar que según la complejidad, los servicios ofrecidos, fragmentación de sus servicios de salud.

Estándares que No Aplican en la Autoevaluación		
Concepto del	Grupo de Estándares	Estándares
Sedes integradas en red	Estándares de Direccionamiento:	Estándar 85. Código: (DIR11)
	Gestión de la Tecnología:	Estándar 136 Código: (GT7), estándar 137 Código: (GT8)
	Gestión Asistencial	Estándar 9. Código: (AsAC2), Estándar 58. Código: (AsSIR1), Estándar 59. Código: (AsSIR2), Estándar 60. Código: (AsSIR3), Estándar 61. Código: (AsSIR4), Estándar 62. Código: (AsSIR5), Estándar 63. Código: (AsSIR6), Estándar 64. Código: (AsSIR7), Estándar 65. Código: (AsSIR8), Estándar 66. Código: (AsSIR9), Estándar 67. Código: (AsSIR10), Estándar 68. Código: (AsSIR11), Estándar 69. Código: (AsSIR12), Estándar 70. Código: (AsSIR13), Estándar 71. Código: (AsSIR14), Estándar 72. Código: (AsSIR15), Estándar 73. Código: (AsSIR16)
Promoción y prevención.	Gestión Asistencial	Estándar 20. Código: (AsEV2)
Servicios de Odontología:	Gestión Asistencial	Estándar 24. Código: (AsPL3), Estándar 25. Código: (AsPL4), Estándar 49. Código: (AsEV4)
Grupos Poblacionales Específicos:	Gestión Asistencial	Estándar 22. Código: (AsPL1)
Servicios de habilitación y rehabilitación	Gestión Asistencial	Estándar 56. Código: (AsREF5)

2. Fuente: Autoevaluación 2017, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia

INFORME PAMEC

Interpretación del Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad: Al final de la autoevaluación de cada grupo de estándares existe un estándar que mide el grado de su mejoramiento continuo que al final se condensa y se promedian para el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad.

Mejoramiento Asistencial	Estándar 74. Código: (AsMCC1)
Mejoramiento Direccionamiento	Estándar 87. Código: (DIRMCC1)
Mejoramiento Gerencia	Estándar 102. Código: (GERMCC1)
Mejoramiento Ambiente Físico	Estándar 129. Código: (GAFMCC1)
Mejoramiento Gestión Tecnológica	Estándar 139. Código: (GTMCC1)
Mejoramiento Gestión de la información	Estándar 153. Código: (GIMCC1)
Mejoramiento Continuo	Estándar 154. Código: (MCC1), Estándar 155. Código: (MCC2), Estándar 156. Código: (MCC3), Estándar 157. Código: (MCC4), Estándar 158. Código: (MCC5)

3. Fuente: Autoevaluación 2017, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia

Como Empresa Social del Estado el Hospital Rosario Pumarejo de López anualmente realiza autoevaluación con estándares de acreditación con el fin de identificar oportunidades de mejora que al final se reflejara en la satisfacción de sus usuarios internos y externos y en la imagen institucional. Para el 2017 se inicia este proceso con capacitación al grupo de autoevaluadores sobre la herramienta PAMEC, por medio del convenio docencia - servicios con la universidad UDES, asegurando con ello el proceso de autoevaluación, implementación de acciones de mejora, ejecución de actividades, seguimiento e informe final permitirán solidificar dicho proceso.

Cuadro: AUTOEVALUACION DE ACREDITACION SEGUN RESOLUCIÓN 123 DE 2012 VIGENCIA 2017

AUTOEVALUACION DE ACREDITACION SEGUN RESOLUCIÓN 123 DE 2012 VIGENCIA 2017						
GRUPO ESTÁNDAR	AUTOEVALUACION 2016			AUTOEVALUACION 2017		
	Nº de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Calificación Promedio	Nº de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Calificación Promedio
Asistenciales	74	49	1,74	74	49	2,02
Direccionamiento	13	12	1,15	13	12	1,88
Gerenciales	15	15	1,59	15	15	2,19
Gerencia Talento Humano	16	16	1,84	16	16	2,22
Gerencia del Ambiente Físico	11	11	1,38	11	11	2
Gerencia de la Información	14	14	2,1	14	14	2,2
Gestión Tecnológica	10	8	1,05	10	8	1,7
Mejoramiento de la Calidad	5	5	1,56	5	5	1,77
Calificación de la vigencia	1,546			2,00		

4. Fuente: Autoevaluación 2017, Autoevaluación 2016

INFORME PAMEC

Cuadro: Mejoramiento por grupo de estándares

MEJORAMIENTO EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACION 2017			
GRUPO ESTÁNDAR	Calificación Promedio Año 2016	Calificación Promedio Año 2017	Mejora por estándar
Asistenciales	1,74	2,02	0,28
Direccionamiento	1,15	1,88	0,73
Gerenciales	1,59	2,19	0,6
Gerencia Talento Humano	1,84	2,22	0,38
Gerencia del Ambiente Físico	1,38	2	0,62
Gerencia de la Información	2,1	2,2	0,1
Gestión Tecnológica	1,05	1,7	0,65
Mejoramiento de la Calidad	1,56	1,77	0,21
Calificación Vigencia	1,546	2,00	0,45

Fuente: Pamec 2016, Pamec 2017.

En el cuadro preliminar se reseña que el mayor mejoramiento se dio en el grupo de estándar de direccionamiento con un aumento de 0.73 en la calificación total, es importante resaltar que para la vigencia evaluada se realizaron algunos ajustes en los diferentes procesos institucionales en pro de cumplimiento a la norma y la satisfacción de los usuarios; continuando con dicho análisis el segundo lugar lo ocupa la Gestión tecnológica con un avance de 0.65, para ello se realizaron actualizaciones en el proceso de mantenimiento de equipos, adquisición de un nuevo software de Calidad (DARUMA), actualización de Dinámica Gerencial, el mantenimiento preventivo de equipos, entre otros; en tercer lugar encontramos los estándares de ambiente físico con un progreso de 0.62, es importante resaltar la planificación en relación mantenimiento preventivo en infraestructura y las mejoras en los diferentes servicios. En el cuarto lugar tenemos en los estándares gerenciales con una ascenso de 0.60, la administración se ha preocupado por hacer ajustes en consideración a la normativa legal vigente, a su vez se ha proyectado a cambiar la imagen institucional en su cultura organizacional.

Continuando con el análisis el quinto lugar lo ocupa Gerencia del Talento Humano con una mejora 0.38 en su calificación, se hace importante resaltar los ajustes que se realizaron en la articulación con docencia-servicio y el programa de seguridad del trabajo; en el sexto lugar tenemos el conjunto de estándares asistenciales, en el cual se evidencio una mejora 0.28 en la calificación, para ello se implemento acciones de mejora en los diferentes servicios institucionales y en la cual se realizó mas énfasis en el programa de Seguridad Paciente, humanización y docencia e investigación. En séptimo lugar se encuentra mejoramiento de la calidad con una evolución 0.21 en su calificación, es importante resaltar el cumplimiento del ciclo de la ruta crítica de programa de auditoria para el mejoramiento continuo.

INFORME PAMEC

Para terminar los estándares con menor avance, pero sin descalificar su mejora fueron los de gestión de la información 0,1, es importante resaltar que este estándar ha sido uno de los mas solidos y que a medida que avance el mejoramiento en la calidad de este mayor será su exigencia.

Como se observa en el cuadro anterior para la vigencia 2017, la calificación final de la autoevaluación fue de 2.00, al comparar dicha información con año anterior se evidencia una mejora de 0.45, teniendo en cuenta que los resultados logrados para el año 2016 fueron de 1.546. Los avances finales se lograron por el impacto que se arrojó a raíz de una buena priorización de los estándares a mejorar y el compromiso de los grupos de autoevaluación que a pesar de no haber sido incluidos dentro del PAMEC implementaron mejoramiento continuo en los diferentes procesos de la ESE.

5. EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA

ESTADO DEL AVANCE	OPORTUNIDAD DE MEJORA				ACCIONES DE MEJORA			
	Cumplimiento		% cumplimiento		Cumplimiento		% cumplimiento	
AÑO	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
COMPLETO	18	30	51.4%	93,7%	25	33	50%	94.3%
DESARROLLO	10	2	28.6%	6,3%	10	2	20%	5.7%
NO INICIADO	7	0	20%	0	15	0	30%	30%
Total	35	32	100%	100%	50	32	100%	100%

Fuente: informe PAMEC 2016, plan de seguimiento indicadores 2017

Para iniciar La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López como entidad del estado, anualmente implementa el Programa de Mejoramiento continuo de la calidad, en el cuadro anterior se evidencia que para el 2016 se priorizaron 35 oportunidades de mejora y para el 2017 se establecieron 32; en relación a las acciones de mejora se unificaron para el año 2016 (50) y para el año 2017 (32).

Al analizar el cumplimiento del Programa de mejoramiento continuo de calidad se deduce que el cumplimiento en relación a las oportunidades de mejora para el 2017 fue de 93,7%, que equivale a la ejecución completa de 30 oportunidades de mejora; mientras que para el 2016 el cumplimiento fue de 51,4% que implica el desarrollo completo de 18 oportunidades de mejora; en conclusión se afirma que existió una mejora 42.3%.

INFORME PAMEC

En relación a las oportunidades de mejora que quedaron en desarrollo en el 2016 quedaron 10 que equivalen a 28.6%, para el 2017 quedaron en desarrollo 2 oportunidades de mejora con un 6.3%; en cuanto a las acciones de mejora en desarrollo se observó que para el 2016 se cumplió en un 20%, mientras que para el 2017 quedó 20%.

Dentro de las actividades que quedaron en desarrollo para el 2017 se mencionan la compra de manillas de identificación del paciente las cuales en la actualidad ya se encuentran en cotización y las Guías de prácticas clínicas en la cual se hizo el contacto con el Instituto de evaluación tecnológica en salud y no se realizó la contratación por motivos de la ley de garantía.

Por último para el 2016 no se iniciaron 7 oportunidades de mejora que equivalen 20% y 15 acciones de mejora; mientras que para el 2017 no hubo ninguna oportunidad de mejora sin iniciar por lo tanto tampoco existió ninguna acción de mejora sin iniciar.

CIERRE VIGENCIA ANTERIOR: En el mes de enero del año 2017, se realizó retroalimentación de los resultados obtenidos a partir de las verificaciones y seguimientos realizados con el fin de generar un aprendizaje organizacional de las mejoras realizadas y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas y así afrontar cambios, impulsar el desarrollo institucional, promover el incremento de las capacidades de los empleados, además de crear una diferenciación de servicio.

PLANIFICACION: El PAMEC 2017 se planificó con un documento escrito el cual reposa en la oficina de calidad, es importante resaltar que, al comparar la ruta crítica con las actividades planificadas se evidenció que cumplió en un 100%.

- ✓ Fecha de aprobación del PAMEC: 06/06/2017
- ✓ Fecha de implementación: 22/08/ 2017
- ✓ Fecha de entrega de las actividades a las diferentes áreas: 22/08/2017
- ✓ Fecha de Cierre de evaluaciones el 31/12/200017

CAPACITACION:

En convenio con la universidad UDES se capacitaron 30 funcionarios en el Seminario Taller programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad teórico el día 20 de Mayo del 2017



5.1. INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES

5.1.1. Estándar. Código: (AsDP1): *La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.*

Oportunidad de mejora: *socializar y Medir la adherencia al cliente interno sobre la introyección de los deberes y derechos mediante la aplicación por parte de cada uno de los líderes de servicio*

INFORME PAMEC

Acción de Mejora: Socializar y Medir la adherencia al cliente interno sobre la introyección de los deberes y derechos mediante la aplicación por parte de cada uno de los líderes de servicio

Responsable: Líder de Talento Humano

Actividades planificadas y evidenciadas

- ✓ Planificación de la actividad, diseño de la encuesta.
- ✓ Aplicación de las encuestas en el talento humano
- ✓ Tabulación y análisis de los resultados

Resultado: Actividad Cumplida

Oportunidad de mejora: Realizar el seguimiento mensualmente sobre los resultados del PQR, por servicio, con su respectiva evaluación para implementar en acciones de mejora

Acción de Mejora: Identificar, analizar y eliminar las causas de las situaciones reales de la PQRS en apoyo con los líderes de procesos y/o servicios a fin de establecer acciones necesarias para que estas no vuelvan a ocurrir

Responsable: Líder de SIAU

Actividades planificadas y evidenciadas

- ✓ Actas de aperturas de buzones
- ✓ Actas de análisis de las causas con los líderes de diferentes áreas
- ✓ Respuestas a los usuarios
- ✓ Socialización de hallazgos y mejoras con el talento humano involucrado en el hallazgo.

	PRESENTADAS	GESTIONADAS	PORCENTAJE
QUEJAS	449	449	100
SUGERENCIAS	105	105	100
FELICITACIONES	78	78	100
TOTAL	632	632	100

Resultado: Actividad cumplida

5.1.2. Estándar 2. Código: (AsDP2). *La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza.*

Oportunidad de mejora: Fortalecer el comité de investigación

Acción de Mejora: *Solicitar apoyo a las universidades para la formación de profesionales, realizar capacitación y verificar la asistencia*

Responsable: Líder de Docencia-Investigación

Actividades planificadas y evidenciadas

- ✓ Solicitud escrita de capacitación en investigación a diferentes universidades que tienen convenio con la ESE.
- ✓ Capacitación del Talento Humano, evidenciándose el Listado de asistencia en capacitación en investigación al talento humano y fotografías

Oportunidad de Mejora: **documentar** el manual de investigación identificando las líneas de investigación de la ESE

Acción de mejora: Diseñar, socializar e implementar el manual de investigación de la ESE

Actividades planificadas y evidenciadas

- ✓ *Elaboración del manual de investigación*
- ✓ *Revisión del Manual de investigación*
- ✓ *Aprobación del manual de investigación*
- ✓ *Socialización del manual por correo institucional*

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

5.1.3. Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización

5.1.3.1. Oportunidad de Mejora: Realizar una estructura funcional para la seguridad del paciente que abarque desde los riesgos de ingreso a la institución hasta el egreso y de igual forma todas las estrategias que incentiven el reporte de eventos, incidentes de no calidad y/o acciones inseguras con sus respectivas barreras dando aplicabilidad a la documentación, Implementación y verificación de las guías de buenas prácticas en seguridad paciente

Acción de Mejora: Diseñar un Boletín informativo que permita dar a conocer temas como: la identificación de los riesgos y las barreras de las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Diseñar, ejecutar y evaluar un taller teórico práctico que permita, se evidencia el documento.

Responsable: Referente de Seguridad del paciente.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Selección de las temáticas a desarrollar en el boletín informativo (se evidencia temas relacionados con seguridad del paciente).
- Elaboración del Boletín Informativo el boletín formativo (sembramos cultura de seguridad)
- Socialización del boletín informativo; se evidencia por la difusión en correo institucional y WhatsApp institucional



Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Acción de mejora: Realizar Taller teórico-práctico sobre gestión y análisis de eventos adversos mediante la metodología del protocolo de Londres

A. Responsable: Referente de Seguridad de Paciente

B. Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación del taller teórico práctico sobre gestión y análisis de eventos adversos mediante la metodología del protocolo de Londres
- Diseño el contenido y la metodología de aprendizaje para la enseñanza del taller teórico práctico sobre gestión y análisis de eventos adversos mediante la metodología del protocolo de Londres
- Solicitud recursos necesario para la realización del taller
- Capacitación del talento humano de enfermería y otros implicados en el reporte de eventos adversos
- Realización evaluación
- Entrega de certificado de asistencia



Resultado: Actividad cumplida

5.1.4. Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.

Oportunidad de mejora: Realizar plan de reforzamiento de cultura de seguridad, donde se Implementen acciones de clima de seguridad, Estandarizar un sistema para buscar factores de riesgos, fallas y eventos adversos que contribuya a una cultura de seguridad, realizar la medición y evaluación de la cultura de seguridad en todas las áreas

Acción de Mejora: Planificar, implementar, evaluar y tomar medidas correctivas por medio de actividades lúdicas que permitan Enriquecer la capacitación mediante un espacio dinámico y virtual combinando la participación, la colectividad, la comunicación, el entretenimiento, la creatividad, la competición, el trabajo cooperativo, el análisis, la reflexión, el uso positivo del tiempo y la obtención de resultados en situaciones problemáticas reales.

Responsable: Referente de Seguridad del Paciente

Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación de la actividad con el personal de enfermería, docencia e investigación, calidad y seguridad del paciente.
- Solicitud recursos necesario para la realización la actividad
- Compra los recursos necesarios
- Contrato el MIMO
- Realización de las carteleras y actividades afines
- Ejecución la actividad

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Realizar la medición de la cultura de seguridad del paciente con análisis comparativo de la medición de las Guías de Buenas Practicas de seguridad del Paciente

A. Responsable: Referente de seguridad del Paciente

B. Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación de la actividad
- Solicitud de los recursos necesario
- Aplicación de la encuesta de cultura de seguridad, se evidencia las encuestas
- Realización de la tabulación y análisis de datos, se evidencia en documento
- Socialización de información, fotos y listado de asistencia

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 7. La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

Oportunidades de mejora: realizar lista de verificación para evaluar la comprensión del estado de salud y sus cuidados tanto del paciente como su flia. 2. realizar las mediciones de las guías de buenas prácticas de seguridad en el cliente interno

Realizar la medición de la cultura de seguridad del paciente con análisis comparativo de la medición de las Guías de Buenas Practicas de seguridad del Paciente.

Responsable: Referente de seguridad del Paciente

Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación de la actividad
- Solicitud de los recursos necesario
- Aplicación de la encuesta de cultura de seguridad, se evidencia las encuestas
- Realización de la tabulación y análisis de datos, se evidencia en documento
- Socialización de información, fotos y listado de asistencia

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Estándar 12. Código: (AsAC5). La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

Oportunidad de Mejora: *Garantizar el cumplimiento de los tiempos de programación en consulta externa*

Acción de Mejora: *Crear una oficina con los recursos necesarios para establecer línea directa con las EPS y municipios con el de mejorar la asignación de citas*

Responsable: *Coordinación de Consulta Externa*

Actividades planificadas y evidenciadas

- *identificación de las necesidades del área*
- *Solicitud de los recursos necesario para implementar el área de atención*
- *Asignación de los recursos*
- *Estandarización de las actividades*
- *Ejecución de las actividades*

Resultado: *Actividad cumplida*

Oportunidad de Mejora: *Resocializar la adecuada clasificación de TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*

Acción de Mejora: *Resocializar la adecuada clasificación de TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS*

Responsable: *Coordinación de Urgencia*

Actividades planificadas y evidenciadas

- *Planificación de la capacitación*
- *Realización de Capacitación la cual se evidencia con el listado de asistencia*

Resultado: *Actividad cumplida*

INFORME PAMEC

Estándar 15. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

Oportunidad de Mejora: Fortalecer sistema de asignación de citas call centers, y presenciales en el área de consulta externa para optimizar la oportunidad

Acción de Mejora: Crear una oficina con los recursos necesarios para establecer línea directa con las EPS y municipios con el de mejorar la asignación de citas

Responsable: Coordinación de Consulta Externa

Actividades planificadas y evidenciadas

- identificación de las necesidades del área
- Solicitud de los recursos necesario para implementar el área de atención
- Asignación de los recursos
- Estandarización de las actividades
- Ejecución de las actividades

Resultado: Actividad cumplida

Oportunidad de mejora: Realizar medición de la percepción del usuario de la asignación de citas

Acción de Mejora: Revisar, ajustar y socializar las encuestas de satisfacción del usuario garantizando con ello la medición de la percepción del Cliente externo en consulta externa

Responsable: Coordinación de Consulta Externa

Actividades planificadas y evidenciadas

- Aplicación de las encuestas a los usuarios
- Tabulación de los datos
- Análisis de la información

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN PARA CONSEGUIR CITA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA CONSOLIDADO AÑO 2017													
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	promedio de satisfacción
Considera usted que en la institución fue fácil conseguir una cita ?	73,13%	80,51%	82,99%	83,33%	86,96%	74,59%	88,52%	88,41%	79,87%	86,57%	89,23%	87,46%	83,46%
Esta usted satisfecho con el tiempo que espero desde el día en que solicito el servicio hasta cuando fue atendido	69,06%	88,97%	80,95%	83,33%	79,93%	74,59%	97,70%	87,32%	82,43%	87,16%	91,69%	88,84%	84,33%

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Estándar 16. Código: (AsREG1) *Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.*

Oportunidad de mejora: 1. actualizar el procedimiento de asignación de citas y admisión de pacientes 2. Implementar en toda la organización la pulsera de identificación 3. Monitorear cada 6 meses la adherencia a la guía de identificación 4. Monitorear inicialmente cada mes y luego cada 3 meses la adherencia a la guía de traslado de pacientes 5. Realizar la valoración del riesgo de cada uno de los procesos en las diferentes áreas

Acción de Mejora: Revisar, ajustar, documental y socializar las mejoras realizadas a los procedimientos de asignación de citas y admisión de los pacientes

Responsable: Coordinación de Consulta Externa

Actividades planificadas y evidenciadas

- Revisión d el procedimiento de asignación de cita de consulta externa
- Realización de los ajustes necesarios
- Socialización del procedimiento

Resultado: *Actividad cumplida*

Acción de Mejora: Solicitar, comprar e implementar las pulseras de identificación del paciente

Responsable: Referente de Seguridad del Paciente

Actividades planificadas y evidenciadas

- Solicitud de las manillas a gerencia

Nota: *esta actividad queda en desarrollo, verificando carta de solicitud a la alta gerencia.*

Resultado: *Actividad en desarrollo*

INFORME PAMEC

Acción de Mejora: *Aplicar la lista de chequeo y analizar los resultados sobre la guía de traslado de paciente*

Responsable: *Referente de Seguridad del Paciente*

Actividades planificadas y evidenciadas

- *Ejecución de la encuesta según lista de chequeo de la guía de traslado de pacientes*
- *Tabulación de los datos*
- *Análisis de la información*

Resultado: *Actividad cumplida*

Acción de Mejora: *Planificar, implementar, evaluar y tomar medidas correctivas por medio de actividades lúdicas que permitan Enriquecer la capacitación mediante un espacio dinámico y virtual combinando la participación, la colectividad, la comunicación, el entretenimiento, la creatividad, la competencia, el trabajo cooperativo, el análisis, la reflexión, el uso positivo del tiempo y la obtención de resultados en situaciones problemáticas reales.*

Responsable: *Referente de Seguridad del Paciente*

Actividades planificadas y evidenciadas

- *Planificación la actividad con el personal de enfermería, docencia e investigación, calidad y seguridad del paciente.*
- *Solicitud recursos necesario para la realización la actividad*
- *Compra los recursos necesarios*
- *Contratación del MIMO*
- *realización a las carteleras y actividades afines*
- *Ejecución de la actividad*

Resultado: *Actividad cumplida*

INFORME PAMEC

Estándar 21. Código: (AsEV3) La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.

Oportunidad de Mejora: Documentar un proceso de seguimiento de los traslados de pacientes infectados a otros servicios, midiendo la oportunidad

2. Garantizar la adherencia a guías y protocolos de aislamiento mediante capacitación y entrenamiento al personal médico y paramédico en los diferentes servicios de la institución.

Responsable: Enfermera jefe Coordinadora de infecciosa

Acción de Mejora: Revisar, Actualizar, documentar y socializar las guías de técnica de aislamiento

Actividades planificadas y evidenciadas

- Revisión documental
- Ajuste del documento.

Resultado: Actividad cumplida

Acción de Mejora: Planificar, implementar, evaluar y tomar medidas correctivas por medio de actividades lúdicas que permitan Enriquecer la capacitación mediante un espacio dinámico y virtual combinando la participación, la colectividad, la comunicación, el entretenimiento, la creatividad, la competición, el trabajo cooperativo, el análisis, la reflexión, el uso positivo del tiempo y la obtención de resultados en situaciones problemáticas reales.

Responsable: Referente de Seguridad del Paciente

Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación de la actividad con el personal de enfermería, docencia e investigación, calidad y seguridad del paciente.
- Solicitud de los recursos necesario para la realización la actividad
- Compra de recursos necesarios
- Presentación del MIMO
- realización de las carteleras y actividades afines
- Ejecución de la actividad

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 26. Código: (AsPL5) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.

Oportunidad de Mejora: Fortalecer los mecanismos para garantizar la correlación clínica entre los resultados de exámenes y procedimientos y ajustar periódicamente según los resultados obtenidos

Acción de Mejora: Diseñar, socializar, implementar el documento de validación de resultados de los exámenes en el laboratorio clínico

Responsable: Líder de calidad del servicio de imagenología

Actividades planificadas y evidenciadas

- Solicitud de documentación a la líder de calidad del centro radiológico
- Recepción de documentación

Resultado: Actividad cumplida

Acción de Mejora: Verificar e implementar las mejoras pertinentes de acuerdo al análisis de la trazabilidad de resultados

Responsable: Líder de calidad del servicio de imagenología

Actividades planificadas y evidenciadas

- Solicitud de documentación a la líder de calidad del centro radiológico
- Recepción de documentación

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Estándar 31. Código: (AsPL10) *La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.*

Oportunidad de Mejora: Rediseñar los consentimientos informados, incluir los beneficios, y las alternativas de acuerdo con el procedimiento específico 2. Socializar, entrenar a los responsables del consentimiento informado y estos deben ser evaluados

Acción de Mejora: Revisar, hacer ajustes al documento y socializar los consentimientos informados de enfermería

Actividades planificadas y evidenciadas

- Revisión bibliográfica
- Diseño del documento

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 32. Código: (AsPL11)

Oportunidad de Mejora: Realizar seguimientos para optimizar y ajustar la política institucional de humanización en los servicios

Acción de Mejora: Diseñar programa de Humanización.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Revisión bibliográfica
- Diseño del documento
- Aprobación por medio de resolución

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 33. Código: (AsPL12)

Oportunidad de Mejora: 1. Diseñar plan farmacológico de tratamiento
2. Diseñar una herramienta de control en la entrega de medicamentos

Acción de Mejora: Diseñar, Implementar y Evaluar los planes de tratamientos según el perfil epidemiológico de cada servicio el cual debe incluir criterios como: Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere, Participación del servicio farmacéutico, Reconciliación de medicamentos al ingreso, Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente, Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar (GPCM)

Actividades planificadas y evidenciadas

- Adopción de las guías de practica clínica institucional por medio de resolución
- Establecimiento de las guías de Practica

Resultado: Actividad en Desarrollo

Acción de Mejora: Diseñar, socializar, e implementar el Procedimiento de Dispensación de medicamentos.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Revisión documental
- Actualización de documentos
- Socialización del documento
- Implementación del documento.

Resultado: Actividad cumplida

Estándar. 37. Código. (AsPL16)

Oportunidad de Mejora: Documentar y socializar los tiempos de duración de los procedimientos y entrega de resultados, Fortalecer la correlación de la evaluación clínica con los resultados del laboratorio y radiología, Realizar manual de seguridad paciente en radiología, Realizar manual de clasificación y ordenamiento de los exámenes con los procedimientos solicitados, Realizar asesoría a los profesionales de manera permanente en la correcta interpretación de los resultados.

Acción de Mejora: Documentar, socializar y socializar los tiempos de duración de los procedimientos y entrega de resultados.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Envío de información PAMEC
- Solicitud de evidencias de PAMEC
- Envío de información PAMEC

Resultado: Actividad cumplida

Acción de Mejora: Realizar manual de seguridad paciente en radiología.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Envío de información PAMEC
- Solicitud de evidencias de PAMEC
- Envío de información PAMEC

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 39, Código. AsPL18

Oportunidad de mejora: Fortalecer las acciones que lleven a la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención

Acción de Mejora: Realizar socialización de los criterios de infección asociada a catéter, torrente sanguíneo autocuidado a catéter, clasificación de neumonía a ventilador mecánico, estrategia de vigilancia asociada a dispositivos en uci, estrategia y vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia bacteriana a todo el personal que labora en cuidados intensivos.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Planificación de la actividad
- Elaboración de la capacitación
- Ejecución de la Capacitación.

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 40. Código. AsPL18

Oportunidad de mejora: Concertar los planes de mejoramiento y hacer los respectivos seguimientos por áreas de las PQRS, y retroalimentar el seguimiento 2. Apoyar con herramientas tecnológicas innovadoras el proceso consolidación, planes de mejoramiento de las PQRS para estar en línea la retroalimentación de los servicios 3. Socializar al talento humano el proceso de las PQRS a nivel institucional que este en contacto con el público incluido el área administrativa.

Acción de Mejora: Identificar, analizar y eliminar las causas de las situaciones reales de la PQRS en apoyo con los líderes de procesos y/o servicios a fin de establecer acciones necesarias para que estas no vuelvan a ocurrir

Actividades planificadas y evidenciadas

- Actas de apertura de buzones
- Análisis de las causas de las PQRS
- Socialización con los implicados sobre las causas de las PQRS.
- Respuestas de las PQRS

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Acción de Mejora: Diseñar estrategia de información para todo el talento humano institucional sobre PQRS (PAGINA INSTITUCIONAL, CHARLAS, CONVERSATORIOS, CORREO INSTITUCIONAL, CHAT).

Actividades planificadas y evidenciadas

- Identificación y selección de los diferentes medios de comunicación
- Socialización de las PQRS en la ESE

Resultado: Actividad cumplida

Estándar 55, Código. AsREF4, Establecer indicadores y seguimiento de la calidad de los productos del servicio de radiología.

Oportunidad de mejora: Establecer indicadores y seguimiento de la calidad de los productos del servicio de radiología.

Actividades planificadas y evidenciadas

- Envío de información PAMEC
- Definición de los indicadores
- Solicitud de evidencias de PAMEC
- Envío de información PAMEC

Resultado: Actividad cumplida

Estándar .74. Código. AsMCC1

Oportunidad de mejora: Identificar oportunidades de mejora dentro de todos los grupos de estándares de acreditación

Acción de mejora: Implementar la ruta crítica en todos los estándares de acreditación en el PAMEC

Actividades planificadas y evidenciadas

- Cumplimiento de la ruta critica

Resultado: Actividad cumplida

INFORME PAMEC

Acción de mejora: *Realizar auditorias de seguimiento y reuniones mensuales para verificar el cumplimiento de las actividades*

Actividades planificadas y evidenciadas

- *Ejecución del Plan de mejoramiento PAMEC*

Resultado: *Actividad cumplida*

a. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, el Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permita transformar la información obtenida de las actividades programadas en conocimiento, con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional.

Vale la pena resaltar el compromiso del personal en el logro de las actividades, ya que se considera que a pesar del corto tiempo se logro cumplir en gran parte con las oportunidades planificadas. De las 32 oportunidades de mejora programadas se ejecutaron en su totalidad 30 que equivale a un 93.7%; en la actualidad se encuentran en desarrollo 2 oportunidades de mejoras que corresponde a un 6.3%

En relación a las Acciones de mejora implementadas se proyectaron 35 de las cuales se ejecutaron en su totalidad 33 que equivale a un 94.3%, se encuentran en desarrollo 2 acciones de mejora que corresponde a un 5.7%.

Las actividades que quedaron en desarrollo fueron:

La compra de las manillas de identificación que en la actualidad ya están en cotización, el no cumplimiento de esta acción fue por la falta de disponibilidad presupuestal.

Las Guías de Practica Clínica, las cuales quedo pendiente contratación con el Instituto de evaluación tecnológica en salud por motivos de la ley de garantía.

Según el Plan de ejecución de la ruta critica, el plan de mejoramiento y las auditorias se debió implementar a partir de la última semana del mes de Junio, lo cual fue postergada por la misma dinámica del trabajo y se dio inicio a esta fase a principios del mes de Agosto del 2016, por ello se hizo necesario ampliar la fecha de la finalización de las actividades al mes de Diciembre. Además se analizo que lo ideal seria, No iniciar de manera paralela la implementación con la verificación de las acciones de mejora en las diferentes áreas funcionales.

En cuando a la pertinencia de las oportunidades y acciones de mejora en relación con el estándar y de los indicadores en correlación con las oportunidades de mejoras, es necesario replantear algunas de estas, por lo anterior se recomienda que se realice un ajuste al PAMEC.

INFORME PAMEC

Es importante hacer el seguimiento continuo a los resultados obtenidos, por ello los indicadores son un mecanismo de medición y evaluación cuando se enfrentan a la meta establecida; sin embargo al momento del seguimiento no se evidencia su aplicación y no se encontraban las metas establecidas.

Algunas acciones implementadas no iniciaron debido a la falta de interpretación de unas oportunidades de mejora y a la falta armonización e integración de algunos grupos de trabajo de permitieran dinamizar el logro final del objetivos trazados. En su mayoría el éxito de las oportunidades y acciones de mejora, fue debido a los equipos de trabajo conformados en donde se evidencio el liderazgo y el compromiso del talento humano en el hacer.

Para terminar es importante recalcar que el éxito de las organizaciones en gran parte se debe al rasgo diferenciador y a la calidad de sus productos y/o servicios que permiten lograr la satisfacción de sus clientes, como herramienta importante para este logro es el PAMEC que permite el mejoramiento continuo institucional. Para la eficacia, eficiencia y efectividad en la implementación de este se sugiere seleccionar y capacitar al talento humano comprometido e involucrado en toda la ruta critica.

Atentamente

MARIA JOSE MORA MORON
Líder de Calidad