

2019

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA
CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.**



CALIDAD

08/06/2019



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	1 / 69



Elaborado Por	Revisado Por	Aprobado por
Maria		

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	2 / 69

INTRODUCCIÓN

El Decreto 780 DE 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en su capítulo 2 Compila y deroga el decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual en su Artículo 2.5.1.2. Establece los COMPONENTES DEL SOGCS: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria 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.

Artículo 2.5.1.6.5 Sistema Único de Acreditación en Salud, define que es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El Decreto 903 de 2014, tiene como finalidad renovar y actualizar uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud “Sistema Único de Acreditación”, el cual se reglamentó a partir del año 2002 con la Resolución 1474 Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación, Esta a su vez modificada con la Resoluciones 1445 de 2006, 3969 de 2008 y 123 de 2012. En la actualidad regido 5095 de 19 de noviembre de 2018

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, como Empresa Social del Estado de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad, en los años 2006, 2007 y 2008 inicia con la aplicación del componente auditoria del mejoramiento de calidad con planes de mejoramiento continuo partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha. Para el año 2009 se dio inicio a la construcción de la primera versión del PAMEC partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha, aprovechando el acompañamiento por parte del Ministerio de la protección social, al estar incluidos en el Proyecto de las 100 IPS del país con miras a la acreditación,

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	3 / 69

El decreto 780 de 2016 en su artículo 2.5.1.4.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud define que: Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

De acuerdo a lo mencionado El sistema de gestión de la calidad ha ido evolucionando conforme a lo normado en el Decreto 0780 de 2016, quien deroga el 1011 del 2006, en la actualidad se inicia construcción de la versión séptima (7) del PAMEC tomando como base 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 está basada en la conformación de grupos de autoevaluación y la aplicación de 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 Auditoria 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 documento se encuentra enfocado en la implementación de acciones de mejoras priorizadas centradas en los estándares superiores de acreditación, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	4 / 69

HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ



La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ**, está ubicado en la zona norte del Departamento del Cesar en el municipio de Valledupar localizado en la calle 16 N° 17 – 141; con más de sesenta años de experiencia como Institución Prestadora de Servicios de Salud, se constituye en la principal IPS pública de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad ; considerada el principal centro de referencia y contra referencia de la red pública en el Departamento del Cesar.

La E.S.E, cuenta con una infraestructura física moderna concebida dentro del marco de las normas y parámetros nacionales para construcciones hospitalarias, brinda atención en salud de acuerdo con los lineamientos especificado en la legislación vigente en un gran radio de influencia que incluye los departamentos de La Guajira (San Juan del *¡Creciendo para todos con calidad!*

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	5 / 69

Cesar, Villanueva, Urumita y La Jagua del Pilar), Magdalena (Plato, Chibolo, Ari guaní y Guamal), Bolívar (Barranco de Loba, Morales, Río Viejo y San Martín de Loba), todo el Departamento del Cesar (Valledupar, El Copey, Bosconia, La Paz, Manaure, San Diego, Codazzi, Becerril, La Jagua de Ibirico, Chiriguana, Chimichagua y Astrea, El Paso, y Curumaní). La población que atiende está afiliada a los Regímenes Subsidiado, Contributivo, Población Pobre No Asegurada, Población Desplazada, indígenas, Población Reincorporados a la sociedad civil y particulares.

EI HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ, se encuentra habilitada con el código 2000100431. Jurídicamente está constituida mediante Ordenanza 048 del 10 de diciembre de 1.994, fue elevada a la categoría de Institución pública prestadora de servicios de salud, como EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, el 6 de diciembre de 1.995 adquirió su Personería Jurídica que lo clasifica como Hospital de Segundo Nivel de Atención, constituyéndose en el Hospital de referencia de los 28 Hospitales que conforman la Red Pública Hospitalaria del Departamento del Cesar, adscritos a la Secretaría Departamental de Salud.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	6 / 69

1. RESEÑA HISTORICA.



En la década de los 30 durante la presidencia del **Dr. Alfonso López Pumarejo** se ordenó la construcción del Hospital Rosario Pumarejo de López en unos predios ubicados en el Barrio Hernando de Santana en la cabecera municipal de Valledupar, lleva el nombre en honor a la matrona Vallenata, madre del Presidente en mención.

Su primer director fue el **Dr. Ciro Pupo Martínez**, nombrado por Decreto en el año 1.942, cargo éste que no pudo desempeñar, ya que las instalaciones del Hospital fueron tomadas, hasta el año 1.949, como albergue de una compañía del Batallón Bomboná frente a un conflicto bélico entre las Repúblicas de Colombia y República bolivariana de Venezuela.

Sólo hasta 1.950 abrió sus puertas como ente Administrativo-Asistencial, bajo la dirección científica del **Dr. José Antonio Socarras** apoyado en una Junta Directiva, seguido en los años siguientes por un sin número de destacados directores, terminando el milenio con la ampliación y adecuación de su infraestructura en las áreas de Urgencias y Consulta Externa, con las cuales cuenta actualmente.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	7 / 69

El 26 de diciembre de 1.999 se firman los Convenios de Desempeño y de Eficiencia entre la ESE., Ministerios de Desarrollo y Salud y el Departamento del Cesar, con metas de cumplimiento a cinco años, evaluables de acuerdo a lo establecido por el Comité Técnico Territorial.

El 15 de diciembre de 2004 en la nueva torre de hospitalización, comenzó a prestar los servicios, con un proyecto arquitectónico aprobado por el Ministerio de la Protección Social.

En el 2006, la ESE atendiendo lo establecido en el Convenio entre el Ministerio de la Protección Social y el Departamento del Cesar para la Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Servicios de Salud del Departamento del Cesar, suscribe con el Departamento Convenio de Desempeño bajo el cual se formalizaron los términos y condiciones bajo los cuales la IPS se obliga a establecer las metas, indicadores y compromisos en materia de rediseño o ajuste institucional, portafolio, producción y calidad de servicios, reducción, racionalización y control del gasto, sostenibilidad financiera, mejoramiento de gestión y sistema de referencia y contra referencia garantizando la correcta destinación de los recursos que otorga la Nación y demás recursos territoriales que concurren en el financiamiento del programa.

Actualmente el Hospital Rosario Pumarejo de López es una institución reorganizada y fortalecida en sus áreas asistenciales y administrativas, la cual busca ofrecer servicios de calidad en forma oportuna, eficiente y eficaz, diseñando planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

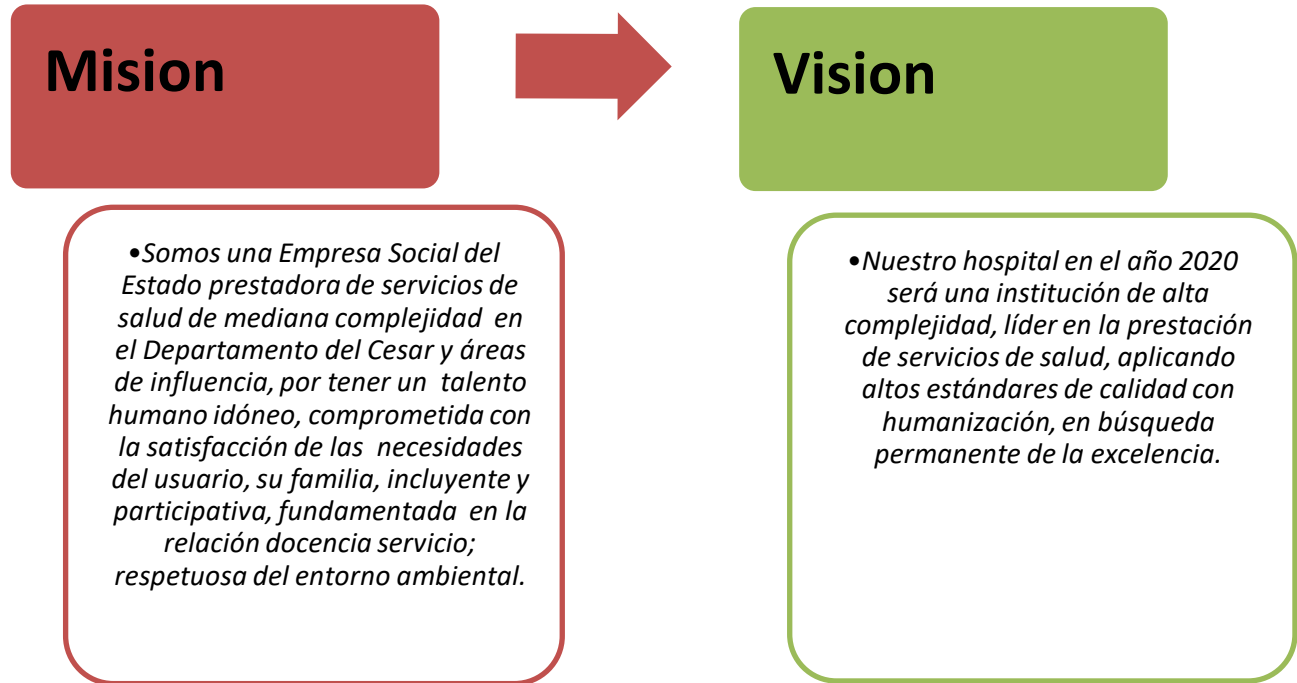
Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	8 / 69

2. PLATA FORMA ESTRATÉGICA.



2.1. PRINCIPIOS

El Hospital en el desarrollo de las acciones en salud ha fundamentado los siguientes principios que soportan su cultura organizacional y son la base del sistema de valores éticos adoptados por los servidores públicos de la entidad:



¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

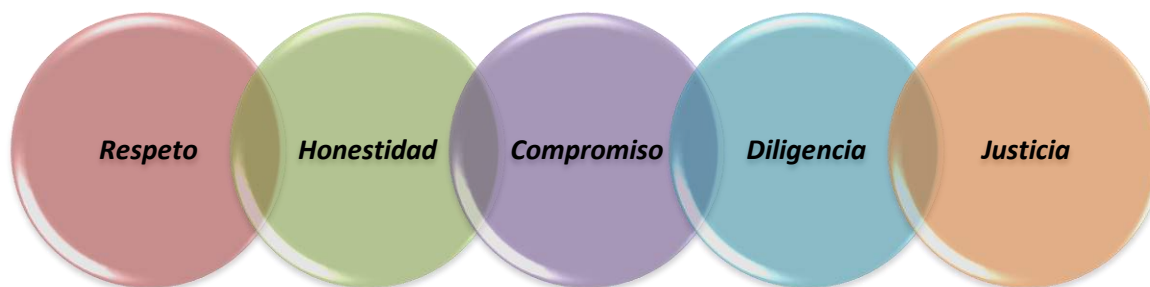


PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	9 / 69

2.2. VALORES

Los Valores que rigen la forma de actuar de los servidores públicos en esta Institución se describen a continuación:



2.3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

2.3.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

- Prestar servicios asistenciales individuales y colectivos con calidad.
- Lograr posicionamiento en la región con un amplio portafolio de servicios que garanticen integralidad en la atención.
- Garantizar el flujo de recursos para mantener su sostenibilidad financiera y social.

2.3.2. OBJETIVOS GENERALES:

- Prestar servicios de Salud con Calidad.
- Lograr posicionamiento regional ,reflejado en productividad , rentabilidad social y económica
- Alcanzar la Auto sostenibilidad financiera, apoyados en la autonomía como Empresa Social del Estado
- Brindar campos de investigación, adiestramiento y formación a estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas afines a la E.S.E

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	10 / 69

2.3.3. OBJETIVO SOCIAL:

Prestar Servicios de atención en Salud de Mediana Complejidad en concordancia con su capacidad tecnológica-científica. Incluyendo la investigación, adiestramiento y formación como Centro Docente- Asistencial

3. POLÍTICAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

3.1. Política de calidad:

Como Empresa Social del Estado de mediana complejidad en salud prestamos servicios médicos ambulatorios, hospitalarios, quirúrgicos, de cuidados intensivos adultos y neonatal bajo criterios de calidad altamente competitivos, buscando satisfacer las necesidades de nuestros usuarios, mediante el cumplimiento de las directrices reglamentarias del SOGCS y la mejora continua en los procesos, que nos permitan mantener una institución integral y sólida, posicionada en la sociedad, siendo reconocida por la alta calidad de los servicios ofrecidos, idoneidad del recurso humano, auto sostenibilidad financiera y rentabilidad social.

3.1.1. ESTRATEGIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CALIDAD:

- Trabajar para lograr el objetivo de ser cada día mejor, alcanzar la meta de la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios.
- Crear y mantener un ambiente de trabajo que favorezca la solución y prevención de problemas, y propiciar una permanente comunicación a todos los niveles de la organización
- La calidad es responsabilidad de todas las personas que intervienen en la prestación de los servicios de la ESE, por esta razón se establecerán acciones encaminadas al desarrollo del personal y al mejoramiento continuo de los procesos.
- La política de Calidad será revisada por el comité de MECI-calidad, para determinar que esta siga siendo adecuada con los propósitos y evolución de la ESE.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	11 / 69

3.2. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Hospital realiza sus acciones misionales adoptando procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, con el mantenimiento de unas condiciones de calidad técnico científica, idoneidad y experiencia del talento humano, suficiencia de insumos y demás recursos financieros y logísticos que se requieran para garantizar la prestación de servicios de salud seguros y confiables.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	12 / 69

4. MARCO CONCEPTUAL

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Decreto 1011 de 2006, artículo 2).

Para garantizar una eficiencia y eficacia en la calidad de la prestación de los servicios, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, acreditación y sistema de información para la calidad en salud que articulados buscan mejorar continuamente una organización.

El Ministerio de Salud (MiSalud), por medio del decreto 1011 de 2006 define la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “*es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.*”

Enfocados en el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que constituye un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios, actualmente para implementarlo en las instituciones de salud se toma como herramienta el Plan de Mejoramiento Continuo Una de las Por tanto el PAMEC es la manera particular en que la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud con el fin de dar cumplimiento a la normativa legal vigente

En el Manual de acreditación en Salud Hospitalario Colombia se reseña que existe un proceso de consenso que cuenta con la participación de expertos del Ministerio de la Protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el Comité Sectorial,

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	13 / 69

ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

Para garantizar la alta calidad en los servicios de salud, la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López anualmente realiza su autoevaluación frente a altos estándares de acreditación en salud, los cuales están definidos en los siguientes grupos : estándares del proceso de atención al cliente asistencial, estándares de direccionamiento, estándares de gerencia, estándares de gerencia del talento humano, estándares de gerencia del ambiente físico, estándares de gestión de tecnología, estándares de gerencia de la información y por ultimo estándares de mejoramiento de la calidad; con el objeto de implementar acciones de mejora continua que logren superar las expectativas de sus usuarios.

5. MARCO NORMATIVO.

El sistema de salud en Colombia hace parte del Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

La constitución Política Colombiana (1991), Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

La ley 100 (1993). Establece que el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	14 / 69

capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Decreto 1011 (2006). Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual en su **Artículo 4°**. Menciona los *Componentes del SOGCS*: El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema único de Acreditación, El Sistema de Información para la Calidad. Es importante resaltar que actualmente el decreto anteriormente mencionado (1011 de 2006), ha sido incluido en el Decreto 0780 de 2016, ya que este último se considera un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa, dado que las normas fuente cumplieron al momento de su expedición con las regulaciones vigentes sobre la materia.

La Resolución 2003 del 2014 emitida por el Ministerio de Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

La Resolución 256 del 2016 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1445 de 2.006, hace poco componente voluntario pero por normatividad reciente (Res 2181 de 2008) se convierte en obligatorio para las IPS Públicas evaluarse frente a los estándares de acreditación así no se solicite la visita de acreditación. La acreditación está dirigida a evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios de las entidades que decidan acogerse a este proceso.

En Colombia el componente de acreditación en salud rige para la IPS por medio del Decreto 903 de 2014 que dispone la relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud". Resolución 2082 de 2014, que define la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Resolución 6055 de 2016, reseña la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud, "resolución 2427 de 2014 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2017 Resolución 346 de 2017 "Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud" hasta el 31 de enero de 2021

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	15 / 69

Es importante tener en cuenta que como ente público es obligatorio Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, aplicando la NTCGP 1000:2004 y decreto 943 del 21 de mayo del 2014, por el cual se adopta la actualización del modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado.

Por último la Circular 012 Superintendencia de Salud 2016. Directrices para reporte de información de características de calidad de las instituciones en salud y Resolución 5095 de 2018, el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1

6. MARCO OPERATIVO

6.1. CICLO DE PHVA

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el Sistema Único de Habilitación. En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, la metodología de trabajo para el mejoramiento continuo está basado en el ciclo gerencial P-H-V-A.



¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	16 / 69

En la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López ha planificado sus actividades del PAMEC, para ello ha sido de suma importancia el apoyo de la alta dirección y el compromiso del equipo de autoevaluación, los cuales mediante su participación aseguraran la viabilidad de las acciones de mejoramiento y a su vez guía un proceso organizacional hacia el desarrollo con calidad.

PLANEAR (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

HACER (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómo” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución del planeado, evidenciado mediante la recolección de los datos.

VERIFICAR (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

ACTUAR (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

6.2. NIVELES DE AUDITORIA

Para realizar el seguimiento de los ciclos de mejora aplicados continuamente en la institución, se ha establecido el presente programa de auditoría, basándonos en diferentes NIVELES DE CONTROL

6.2.1. Autocontrol:

El nivel óptimo en el que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL, en el cual cada miembro de los equipos de autoevaluación y procesos, planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la institución.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	17 / 69

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, parte desde el ejercicio mismo del autocontrol, en cabeza de todos los colaboradores que ejercen las actividades operativas.

Este ejercicio es realizado en el momento mismo de las actividades y es cuando nuestros colaboradores revisan, supervisan y verifican que lo desarrollado por ellos cumpla con unos requisitos mínimos de calidad en términos de: Adecuado diligenciamiento de los registros, **Cumplimiento de puntos de control** o actividades de verificación establecidos en las guías de manejo y los procedimientos, en los cuales interviene. Conocimiento de los resultados de las actividades realizadas y planteamiento de estrategias para el cumplimiento de las metas y estándares de calidad trazados, los cuales son efectuados por los responsables en la prestación directa del servicio.

Dentro de los puntos de control más relevantes en los procesos priorizados están: las reuniones de retroalimentación que permiten verificar como van cada uno de los estándares priorizados, el seguimiento a los indicadores de gestión que se describen en el PAMEC y el seguimiento continuo de cada acción de mejora

6.2.2. Auditoría interna:

Es una evaluación sistemática, realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Las actividades de Auditoría interna en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, serán realizadas por control interno y el Líder de Calidad, teniendo en cuenta las competencias necesarias para la ejecución de esta labor.

La metodología aplicada para el programa de mejoramiento continuo institucional será basada en la revisión documental, entrevista y observación; la cual será soportada con evidencia que se realizaran mensualmente por el líder de calidad y el jefe de control interno.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	18 / 69

6.2.3. Auditoría externa:

Esta evaluación sistemática llevada a cabo por los entes externos a la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los pasos de la Ruta crítica del PAMEC. Este nivel de auditoría será ejecutado por los siguientes actores

- EPS con las cuales hemos suscrito contratos
- Entidades de Vigilancia y Control, tales como Secretaría de Salud, Superintendencia Nacional de Salud y otras instancias legales, que justifiquen la necesidad de realizar un proceso de auditoría.

7.3: TIPOS DE ACCIONES.

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

7.31. Acciones Preventivas.

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.

7.3.2. 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.

7.3.3.3. 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.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	19 / 69

7. PROCESOS INSTITUCIONALES

DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA; Apoyado por la resolución 2003 del 2014 estructuras de procesos y decreto 943 del 21 de mayo del 2014.

- I. **Macroproceso de Direccionamiento Estratégico:** direcciona la empresa, cuenta con dos (2), procesos que son: planeación estratégica, Gestión Integral de la Calidad y Atención.
- II. **Macroproceso Misional:** Razón de ser de la institución como es la gestión de la prestación del servicio de salud, dentro de este están tres (3) procesos: Atención al Usuario, Gestión Asistencial y Docencia e Investigación. Los Procesos de Gestión Asistencial incluyen sub - procesos de los servicios habilitados como son: urgencias, cirugía programada, consulta externa, hospitalización de medicina interna y medico quirúrgica, unidad de cuidados intensivos adultos, uci neonatal, servicio de pediatría entre otros. Servicio de laboratorio clínico, servicio de banco de sangre, farmacia, área funcional materna infantil, unidad de salud mental.
- III. **Macroproceso de Apoyo,** es lo que sostiene la razón de ser de la empresa comprende ocho (8), Procesos: Gestión de Talento Humano, Gestión Administrativa y Financiera, Gestión Jurídica y de control interno Disciplinario, Administración Documental, Sistema de Gestión Ambiental, Gestión de bienes y servicios, Gestión de Docencia e Investigación Gestión de Sistemas de Información y Comunicación.
- IV. **Macroprocesos de Gestión y Control de Evaluación:** Con un (1) proceso Gestión y Control de Evaluación. Incluyen aquellos procedimientos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
	20/69

MACROPROCESOS ESTRATÉGICOS

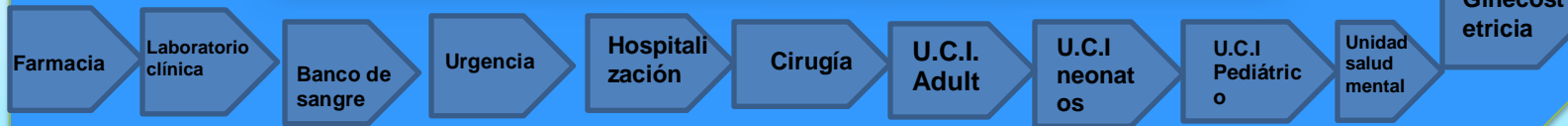
PLANEACIÓN

GESTION DE LA CALIDAD

ATENCIÓN AL USUARIO

MACROPROCESOS MISIONALES

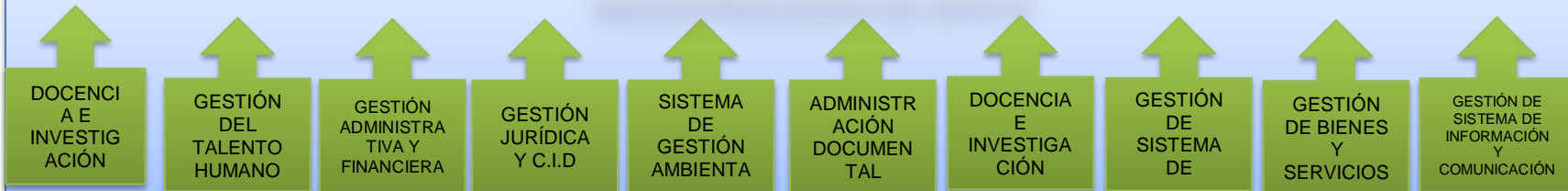
GESTIÓN ASISTENCIAL



NECESIDAD DE LOS USUARIOS

USUARIOS SATISFECHOS

MACROPROCESOS DE APOYO



MACROPROCESOS DE EVALUACIÓN

GESTIÓN Y CONTROL DE EVALUACIÓN

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	21 / 69

8. OBJETIVOS DEL PAMEC

8.1. Objetivo General:

Contribuir en el mejoramiento de la atención de los servicios de salud prestados por la E.S.E, HRPL, mediante la construcción de un Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo, como mecanismo sistémico y continuo de evaluación comparando la calidad observada con respecto a la calidad esperada de todos los servicios habilitados según norma vigente a fin de satisfacer a sus usuarios con el mínimo de riesgos en la atención.

8.2. Objetivos Específicos

- Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación según el manual de ambulatorio y hospitalario, que permitan Identificar nuestras fortalezas y oportunidades de mejora y los problemas reales o potenciales prioritarios.
- Comparar la calidad observada con la calidad esperada.
- Implementar los planes de mejoramiento que requiera la organización.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.

9.3. ALCANCE PAMEC.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de atención en salud del Hospital Rosario Pumarejo de López estará orientado para el logro de los estándares de estándares de Acreditación Asistenciales, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales y el fortalecimiento del programa de Seguridad del Paciente. **La duración de la implementación del PAMEC será para el año 2017 iniciando desde la Autoevaluación hasta el cumplimiento, y evaluación de cumplimiento de los planes de mejoramiento**

9.4. RESPONSABLES

Será responsabilidad de Gerente, dar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas del PAMEC, del equipo de autoevaluación realizar esta y definir las oportunidades de mejora, líder de calidad hacer seguimiento a su implementación y velar por el cumplimiento de ello, Será responsabilidad del personal operativo cumplir con las actividades planeadas

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	22 / 69

10. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

10.1. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

El programa de Auditoria para la calidad (PAMEC), se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica propuesto por el ministerio de salud y protección social, donde se parte de una autoevaluación institucional que permite priorizar los procesos a mejorar, frente a los estándares de acreditación. Para ello es importante resaltar que se aplicó como herramienta de mejoramiento el ciclo PHVA: Planear, hacer, verificar y actuar. La otra opción es terminar de cumplir algunas metas que hayan quedado en desarrollo, en tal caso es solo necesario ajustar o corregir la acción implementada en su momento para volver al ciclo vital que es cumplir con lo trazado

RUTA CRÍTICA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO. PAMEC



¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	23 / 69

PARAMETROS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
Planificación y Capacitación												
Autoevaluación por grupos de estándares												
Identificación de las prácticas que tienen oportunidades de mejora que serán objeto de priorización y su relación con los procesos institucionales												
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												
Cierre												

Ruta crítica PAMEC, hospital Rosario Pumarejo de López, Fuente, planificación PAMEC

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	24 / 69

10.1.1. Autoevaluación

10.1.1.1. Conformación de grupos de autoevaluación 2017

Para la escogencia de los grupos se realizó un análisis previo de las personas que los conformarían, de tal forma que se seleccionaron funcionarios con conocimiento, competencias y liderazgo. A fin de poder de toma de decisiones se involucraron líderes de procesos y coordinadores de áreas funcionales, y otros colaboradores operativos del proceso a evaluar, teniendo en cuenta integrantes de grupos de años anteriores de auto evaluación para aprovechar la experiencia. Y asignado un asesor de la oficina de calidad por cada grupo de evaluación.

Con el fin de asegurar el proceso de autoevaluación, implementación de acciones de mejora, ejecución de actividades, seguimiento e informe final en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López se crea la necesidad de capacitar a un grupo de funcionarios sobre programa de auditoria para el mejoramiento de calidad. Esta se gestionó desde la oficina docencia y servicio con una de las universidades con las cuales se tiene convenio con el fin de poder lograr el objetivo trazado, la asignación de este personal se hizo un listado de los integrantes de los diferentes equipos de autoevaluación, a su vez se tuvo en cuenta el cupo asignado a la ESE, el concepto de talento humano y la aprobación por gerencia.

Una vez capacitado el personal, Se conformaron siete (8) grupos cada uno realizaría la evaluación institucional frente a altos estándares de acreditación en salud. Todos los integrantes de estos grupos recibieron una socialización referente a la Normatividad vigente 0780, y a la metodología de evaluación consistente en el análisis, observación, documentación y comparación entre la evidencia generada de la gestión de los servicios habilitados que se pudiera, medir y comparar frente al desempeño ideal planteado en los estándares de Acreditación en la Institución, para así asignar la autoevaluación cualitativa y cuantitativa Igualmente se dio a conocer los formatos definidos para condensar toda la información.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	25 / 69

Los grupos de trabajo quedaron organizados de la siguiente forma:

Primera Sección Estándares Asistenciales: Estos hacen referencias al Proceso y sub- procesos **Misional** de la E.S.E, HRPL, donde incluyen todos aquellos servicios habilitados para hacerles las auditorias para la mejora continua; la cual está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento al igual que referencia y contra referencia.

Segunda sección en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial; **Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial:** incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales.

- ✓ **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- ✓ **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- ✓ **Gerencia del Talento Humano:** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- ✓ **Gerencia de la Información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- ✓ **Ambiente Físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- ✓ **Gestión de Tecnología:** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

Tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad; **Estándar de mejoramiento del grupo de estándares:** tiene como finalidad evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operatividad en los procesos evaluados por el grupo específico.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	26 / 69

ESTRUCTURA DE LA CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS:

1. Asistenciales

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES (ESTANDARES 1-30)

LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	INTEGRANTE 4	SISTENCIA METODOLOGICA
ADELA MARCHENA	CLAUDIA COTES	EVERILDE CAMPO	ROSBIELA URDIALE	MARTHA ARAGON	GLENIA VILLA	MARIA CONCEPCION QUIROZ
<i>Coordinador de urgencias</i>	Profesional U. seguridad Paciente Contratista	Instrumentación Quirúrgica Contratista	Enf. Coordinadora Quinto piso	Químico Farmacéutico	Coordinadora L. Clínico Contratista	Referente de Seguridad

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES (ESTANDARES 31- 75)

LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	INTEGRANTE 4	SISTENCIA METODOLOGICA
ANGELICA DIAZ GRANADOS	EMILIA APONTE	EUNISES PEÑUELA	MARIA ELENA	DALVA RIVERA	YULI MAYORQUIN	MARIA JOSE MORA MORON
<i>Coordinador Materno - Infantil</i>	Cood. Enfermería Materno	Departamento de Enfermería	calidad laboratorio	Cood. Enfermería UCI.	Coord. Departamento de Enfermería	Líder de Calidad

2. Direccionamiento y Gerencia

GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA (ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO 76-88 Y ESTANDARES DE GERENCIA 89-103)

LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	ASISTENCIA METODOLOGICA
ARMANDO ALMEIRA	JAIBER NEGRETE	MAGREHT SANCHEZ	ALFONSO RIVERO	FRANK BUENDÍA AGUIRREZ	MALOLY FRANCO
<i>Gerente HRPL</i>	Jefe Planeación	Sub-financiera	Coordinación	Representante Junta Directiva	Líder de MECI

3. Talento Humano

GRUPO DE ESTANDARES TALENTO HUMANO (ESTANDARES 104-120)

LIDER	SECRETARIA	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	ASISTENCIA METODOLOGICA
OLGA ESTHER HERNÁNDEZ ALMANZA	JUDITH LUBO	YANETH ROMERO	ALIDIS MIRANDA	GLORIA OVALLE	MARIA JOSE MORA MORON
<i>Líder proceso Docencia e Investigación</i>	Técnico Administrativo	Líder de Talento Humano	Técnico Administrativo	Enfermera coor. cuarto piso	Asesora del grupo G. del T. H.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	27 / 69

4. Ambiente Físico

GRUPO DE ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO (ESTANDARES 121-131)					
LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	ASISTENCIA METODOLOGICA INTGRANTE 5
HERIBERTO GONZÁLEZ	YASSER OTERO	JHON PABA	ISIDRO GOMEZ	YAQUELIN ORDOÑEZ	MARIA JOSE MORA
Jefe. Mantenimiento	Líder. Gestión Ambiental	Líder de Almacén	Control Interno	Secretaria de Laboratorio	Líder de Calidad

5. Gestión Tecnológica y de Información

GRUPO DE ESTANDARES DE GESTIÓN TECNOLÓGICA E INFORMACIÓN ESTANDARES GESTION TECNOLÓGICA Y ESTANDARES DE GERENCIA DE INFORMACION 142-155)					
LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3	SISTENCIA METODOLOGICA INTGRANTE 5
ESTELA CABAS	HEINER AROCA ARAUJO	HAIDY PEREZ	ANNY GONZALEZ	EVERLIDES MANOSALVA	MARIA CONCEPCION QUIROZ
Coord. Estadística	Coord. Sistemas	Enfermera comité infecciones (contratista)	Coord. SIAU	Profesional de planeación	Referente de Seguridad Paciente

6. Mejoramiento Continuo de la Calidad

GRUPO DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (ESTANDARES 156-160)			
LIDER	SECRETARIO	INTEGRANTE 1	ASISTENCIA METODOLOGICA
ABDON PEREZ	MARIA CONCEPCION QUIROZ	MALOLY FRANCO	MARIA JOSE MORA
Auditor de Calidad	Referente de Seguridad	Líder de MECI	Líder de Calidad

Funciones de los integrantes del grupo PAMEC:

Funciones del líder

- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso
- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de Mejoramiento
- Consolidar la información del Estándar

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	28 / 69

Funciones del Secretario.

- Llevar actas de reunión y listado de asistencia del Equipo
- Unificar la redacción del informe de autoevaluación de los estándares
- Custodiar la evidencia que generen las actuaciones del equipo
- Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación

Funciones de los Participantes.

- Asistir puntualmente a las reuniones de autoevaluación
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares con la mayor honestidad.
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada.
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares con la mayor honestidad.
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.

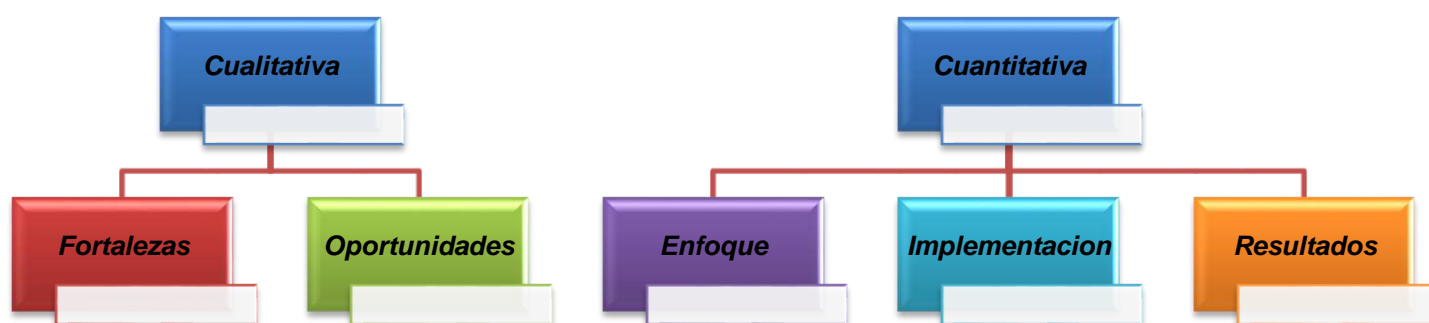


PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	29 / 69

10.1.1.2. Metodología de evaluación frente a Estándares de Acreditación

Para la realización de la autoevaluación se siguió la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López abordó cada uno de los estándares establecidos en el manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, según la resolución 0123 de 2012. Para ello utilizó una perspectiva cualitativa y una cuantitativa



A continuación se describe los pasos realizados en la elaboración de autoevaluación del documento

- Lectura de todos los estándares antes de empezar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso de calificación del estándar individual.
- Análisis e interpretación en consenso por el equipo del estándar a calificar.
- Identificación de las fortalezas y oportunidades de mejora que el equipo considere pertinente según los criterios por estándar
- Análisis de las fortalezas y oportunidades de mejora, se determinaron qué soportes pueden encontrarse en el **Hospital Rosario Pumarejo de López**.
- Redacción de las fortalezas y oportunidades de mejora todas las identificadas en el estándar.
- Identificación de las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora.
- Calificación del estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables.
- El secretario transcribió el informe final que debe ser entregado en el lapso de diez (10) días hábiles posterior a la autoevaluación.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	30 / 69

Ésta metodología se implementará de la siguiente forma:

El Coordinador de calidad avisará con un mes de anterioridad la fecha en la cual se realizará la autoevaluación con el fin de facilitar el alistamiento de los integrantes de los equipos que supone para aquellos profesionales asistenciales el bloqueo de la agenda para garantizar la participación.

Resultado de la autoevaluación calificación (Ver Autoevaluación Anexo N° 1)

Una vez terminado el análisis y evaluación frente a cada uno de los Estándares y sus criterios, empleando como metodología, la observación, documentación y comparación entre el quehacer diario y el desempeño ideal planteado en los estándares del sistema único de Acreditación, se identificaron Fortalezas ,y Oportunidades de Mejora para cada uno de los estándares(Evaluación Cualitativa), luego se asigna la calificación pertinente con base en las variables Enfoque, Implementación y Resultado (Evaluación Cualitativa).

Para efectos de la calificación definitiva del estándar se establece el **promedio** como calificación de cada grupo de estándares, para lo cual el Coordinador de Calidad, será el responsable de consolidar el informe de autoevaluación final.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	31 / 69

Tabla de calificación general de la autoevaluación con estándares de acreditación HRPL 2016

AUTOEVALUACION DE ACREDITACION SEGUN RESOLUCIÓN 123 DE 2012 VIGENCIA 2017						
GRUPO ESTÁNDAR	AUTOEVALUACION 2017			AUTOEVALUACION 2018		
	N° de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Calificación Promedio	N° de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Calificación Promedio
Asistenciales	74	49	2,02	75	52	2,05
Direccionamiento	13	12	1,88	13	12	3,23
Gerenciales	15	15	2,19	15	15	3,29
Gerencia Talento Humano	16	16	2,22	17	17	2,4
Gerencia del Ambiente Físico	11	11	2	11	11	2,25
Gerencia de la Información	14	14	2,2	14	14	2,2
Gestión Tecnológica	10	8	1,7	10	8	2
Mejoramiento de la Calidad	5	5	1,77	5	5	2,1
Calificación de la vigencia		2,00			2,44	

Fuente: Autoevaluaciones de estándares

Como se observa en el cuadro anterior para la vigencia 2018, se obtuvo calificación final de autoevaluación de 2.44, al comparar dicha información con año anterior se evidencia una mejora de 0.44, teniendo en cuenta que los resultados logrados para el año 2017 fueron de 2.00. 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.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	32 / 69

MEJORAMIENTO EN LOS ESTANDARES DE ACREDITACION 2017			
GRUPO ESTÁNDAR	Calificación Promedio Año 2017	Calificación Promedio Año 2018	Mejora por estándar
Asistenciales	2,02	2,05	0,03
Direccionamiento	1,88	3,23	1.35
Gerenciales	2,19	3,29	1.1
Gerencia Talento Humano	2,22	2,4	0.18
Gerencia del Ambiente Físico	2	2,25	0.25
Gerencia de la Información	2,2	2,2	0
Gestión Tecnológica	1,7	2	0.3
Mejoramiento de la Calidad	1,77	2,1	0.33
Calificación Vigencia	2,00	2.44	0.44

Fuente: Autoevaluación 2017, Autoevaluación 2018

En el cuadro preliminar se reseña que el mayor mejoramiento se dio en el grupo de estándar de direccionamiento con un aumento de 1.35 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 internos y externos; continuando con dicho análisis el segundo lugar lo ocupa los estándares Gerenciales; en tercer lugar encontramos los estándares de mejoramiento continuo con un progreso de 0.33, se hace importante resaltar que este logro se debe el cumplimiento de la ruta crítica. En el cuarto lugar tenemos en los estándares tecnología con una ascenso de 0.30, abarcando todo lo referente a Tecnología “medicamentos, dispositivos, equipos”..

Continuando con el análisis, el quinto lugar lo ocupa Gerencia Talento Humano con una mejora de 0.18, estándar en el cual se evaluó el clima organizacional y la aplicabilidad de los deberes y derechos de nuestros pacientes. El sexto lugar Gerencia del Ambiente Físico con una mejora 0.25 en su calificación, influenciado por los ajustes que se realizaron teniendo en cuenta el programa de Hospital Verde y Saludable; en el Séptimo lugar tenemos el conjunto de estándares asistenciales, en el cual se evidencio una mejora 0.03 en la calificación, para ello se implementó acciones de mejora en los diferentes servicios institucionales y en la cual se realizó énfasis en el programa de Seguridad Paciente, humanización. Para terminar no se evidencio avance en los estándares, Gestión de la información.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	33 / 69

10.1.2. Selección de proceso a mejorar

Una vez identificadas todas las oportunidades de mejoramiento, que son el resultado esperado de la autoevaluación, los equipos de autoevaluación, apoyado por el líder de calidad, identificaron las oportunidades de mejoramiento a que proceso pertenecen con el fin de Inventariar los procesos seleccionados a mejorar, los cuales serían priorizados más adelante bajo los criterios de **RIESGO COSTO Y VOLUMEN**. Es importante resaltar que los procesos objeto de mejora serán solo los procesos relacionados con el proceso de atención asistencial con las oportunidades de mejora de identificadas en Estándares asistenciales y se relacionan a continuación. Ver cuadro siguiente

2. SELECCIÓN DE PROCESO					
N°	ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	FORTALEZAS	EVIDENCIA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO
1	1- AsDP1	Se modificó y activo el comité de ética y buen gobierno hospitalario bajo la normatividad legal vigente. 2. Se midió la adherencia de los deberes y derechos a la usuarios internos y externos 3. se cuenta con una declaracion de derechos y deberes para los usuarios incorporada en el planestrategico de la institución 4. se ha realizado, socialización de losdeberes y derechos5. En algunaareas se ha implementado la medicio de la informacion sobre derechos y deberes alos usuario	1. Resolución del Comité de Ética 2. Actas de reuniones del, encontrando estas evidencias en cada un de las oficinas pertinentes. comité de ética 3. Cronogramas General de reuniones a comité 4. Análisis de la adherencia de los deberes y derechos del usuario 5. Código de ética y Buen Gobierno 6. Registro de asistencia a capacitaciones	Garantizar que todos los usuarios con idiomas y dialectos diferentes al español sean informados entendido por un acompañamiento con capacidad de comprensión de los deberes y derechos	SIAU
2	2- AsDP2	Existe un proceso de docencia e investigación con un líder El proceso se encuentra documentado con formatos procedimientos y manuales. Existen convenios con universidades legalizados de acuerdo a la normativa legal vigente. Existe un grupo de investigación avalddo por la universidad UPC y clasificado por colciencia en categoría C, con semilleros Los proyectos e investigación son presentados a los comites de ética y de investigación para su aprobación. El grupo de investigación esta integrado por: profesionales con doctorados, maestrías y posgrado, de igual forma se ha realizado capacitaciones en el tema.	Existe un proceso de docencia e investigación con un líder. El proceso se encuentra documentado con formatos procedimientos y manuales. Existen convenios con universidades legalizados de acuerdo a la normativa legal vigente. Existe un grupo de investigación avalddo por la universidad UPC y clasificado por colciencia en categoría C, con semilleros Los proyectos e investigación son presentados a los comites de ética y de investigación para su aprobación. El grupo de investigación esta integrado por: profesionales con doctorados, maestrías y posgrado, de igual forma se ha realizado capacitaciones en el tema.	Socializar el proceso de investigación de la ESE HRPL	Docencia Servicio
3	3- AsDP3	La institución cuenta con un código de ética y buen gobierno articulado con el direccionamiento estrategico institucional en su VERSION 3, el cual se encuentra publicado en la pagina web. Este ha sido socializado a el usuario interno, estudiantes y a su vez se ha medido su adherencia. En este se contempla los deberes y los derechos de los usuarios. El comité de ética evalua situaciones especiales en pro de resolver dificultades en la prestación del servicio al paciente	Código de ética y buen gobierno y su respectiva resolución Actas de comité de ética. La evidencia se encuentra en la pag web de la ESE.	Actualizar código de ética y buen gobierno	Planeación

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	34 / 69

4	4 - AsDP4	Existen evidencias de servicios tercerizados (imágenes diagnósticas, alimentación, mantenimiento de equipos)	Contratos de los servicios tercerizados que se reposan en la oficina de control interno disciplinario	Articular con las empresas tercerizadas la implementación de los altos estándares de calidad.	Imagenología, Lavandería, Comedor
5	5 - AsSP1	La Institución tiene formulada e implementada la política de seguridad paciente, monitoreo de los incidentes y eventos adversos. Se incentiva en toda la organización al reporte de los eventos adversos.	Programa documentado de seguridad paciente. Acto administrativo de las políticas de seguridad paciente. Estandarización de la matriz de riesgo en todos los protocolos de procedimientos médicos. Socialización de eventos adversos 2016-2017. Semana Institucional de seguridad paciente. Boletines informativos	Implementar los Riesgos según metodología AMFE	Sistema Integrado de Calidad (seguridad paciente)
6	6 - AsSP2	En la ESEHRPL existe una Política de Seguridad de paciente, la cual se despliega por los diferentes canales de comunicación institucionales: (capacitaciones, sensibilizaciones, código de ética y buen gobierno tercera versión publicado en la página web, Correo electrónico institucional, land menssiger, boletín informativo). De igual forma se mide la cultura organizacional de seguridad por medio de encuestas y aplicación de lista de chequeo	1. Actas de comité de seguridad paciente. 2. Taller del Protocolo de Londres 2017. 3. Folletos de información al paciente. 4. Código de ética y buen gobierno página web institucional 5. correo electrónico institucional	Estandarizar la metodología AMFE para identificar factores de riesgos fallas y eventos adversos. Reforzar la medición de la cultura de la seguridad paciente.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad paciente)
7	7 - AsSP3	Aplicación de las guías de buena práctica para la seguridad del paciente las cuales son: Asegurar la correcta identificación de las muestras del laboratorio, mejorar la seguridad en procedimiento quirúrgicos, asegurar la correcta identificación de los pacientes en los procesos asistenciales, evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves en la seguridad paciente, buenas prácticas para detectar, prevenir infecciones asociadas a la atención de salud, procesos para prevenir y reducir la frecuencia de caídas, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, mejorar la seguridad en la unidad de cuidados intensivos, prevenir las complicaciones en manejo de sangre y componentes sanguíneos, garantizar la gestión segura de la gestante y recién nacido, prevención de úlcera por presión	Guías de buena práctica para la seguridad del paciente	Realizar la medición de la adherencia de las guías buenas prácticas de seguridad del paciente que apliquen a la Institución. Reforzar la implementación de todas las recomendaciones de las guías técnicas de buenas prácticas de seguridad paciente.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad paciente)
8	8 - AsSP4	La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.	cuenta con las guías de las técnicas de aislamiento	fortalecer al talento humano sobre la adherencia de las técnicas de aislamiento	Sistema Integrado de Calidad (seguridad del paciente)
9	9 - AsAC1	La institución garantiza el acceso a todos los usuarios según sus particularidades como son: Discapacitados, Indígenas situación en abandono, y todas las EPS del territorio nacional.	Historias clínicas, kardex, pulseras y registro de admisión.	Realizar análisis de barreras de acceso en la Hospital para la autorizaciones, y temas administrativos. Ejecutar la medición de la demanda insatisfecha.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad del paciente)
10	10 - AsAC3	NA			
11	11 - AsAC3	Hay procedimientos asistenciales y administrativos en todos los servicios de la institución.	Procedimientos asistenciales ya administrativos por dependencia.	Evaluar y verificar el conocimiento de los procedimientos asistenciales y administrativos.	Talento Humano, jurídica,

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	35 / 69

12	12 - AsAC4	La institucion cuenta con un software dinamica . net, call center y centro de atencion del usuario, para la asignacion de citas que le permite la seleccion al usuario de los diferentes especialidades de la salud de su preferencia, en caso que se encuentre llena su agenda se le brinda con otro profesional de la misma especialidad, para su decision.	Agendas medicas mensuales	Aplicación de agendas de los especialistas con mas de mandas del servicio	SIAU; Consulta Externa
13	13 - AsAC5	La institucion dependiendo de su capacidad instalada programa la atencion de acuerdo a los tiempos de los profesionales y teniendo en cuenta con el tiempo que se requiera para la realizacion de cada proceso	Agendas medicas, sistema de informacion dinamica. net.	Evaluar sistemáticamente la programacion de la atencion de acuerdo al tiempo de los profesionales especializados en los diferentes servicios de la institucion.	SIAU; Consulta Externa
14	14- AsAC6	La organizacion tiene definidos los indicado resy estandares de oportunidad establecidos en resolucio n 256 de 2016, para los servicios ambulatorios y hospitalarios y sus resultados se encuentran dentro del umbral definidos en el Sistema de Calidad.	Ficha tecnicas de indicadores software del Sistema de calidad Daruma informe de indicadores pagina institucional	Socializar los resultados de los indicadores con las diferentes areas	Sistema Integrado de Calidad, Coconsulta Externa
15	15 - AsAC7	El Hospital cuenta con la informacion detallada y actualizadas de todos los servicios que presta publicada en la pagina web institucional.	Contamos con un Portafolio de Servicio cargados en la pagina Web.	Desplegar a) todos los usuarios de la institucion la informacion sobre los servicios a que no tiene derecho, y la forma para acceder a los servicios no cubiertos.	SIAU, Calidad, Coordinacion Asistencial
16	16 - AsAC8	1 Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario, el usuario se le da informacion sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guia de identificacion de paciente socializada e implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificacion. En los servicios de materno infantil se cuenta ademas con la pulsera de identificacion. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5.- Se cuenta con la guia de traslado de pacientes 6.- la organizacion cuenta con la guia de preparacion para ayudas diagnosticas	estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario, el usuario se le da informacion sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guia de identificacion de paciente socializada e implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificacion. En los servicios de materno infantil se cuenta ademas con la pulsera de identificacion. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5.- Se cuenta con la guia de traslado de pacientes, guia de identificacion de paciente socializada e implementada año 2014, con cartelera de identificacion. 2. Documentacion. Registros de socializacion guias para: caidas donwton, prevencion de ulceras por presion- Braden, administracion de medicamento . prevencion de flebitis, guias de infecciones asociadas al cuidado de la salud (manejo de cateter venoso central, tecnicas de aislamiento, limpieza y desinfeccion , lavado de manos. 3. Los registros de identificacion de los pacientes que van para procedimientos. 4. Se tienen documentado los cuidados intrahospitalarios y al momento de egreso. se tiene resultados de la medicion de oportunidad del triage 5. se cuenta con el formato de traslado de paciente donde se evidencia la identificacion del riesgo de caidas. y upp 6.- guia de preparacion de ayudas diagnosticas en	1. Módulo de citas medicas. 2. manual siau de orientacion al usuario. 3. Agendas medicas. 4. Registro que genera el sistema de la asignacion de las citas asignadas y canceladas	SIAU, Consulta Externa

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	36 / 69

17	17 - AsREG1	<p>1 Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario, el usuario se le de información sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guía de identificación de paciente socializada implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificación. En los servicios de materno infantil se cuenta además con la pulsera de identificación. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitorea y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5.- Se cuenta con la guía de traslado de pacientes. 6.- la organización cuenta con la guía de preparación para ayudas diagnósticas. 1. Se tiene documentado procedimiento de asignación de citas desde el año 2010, admisión de pacientes, guía de identificación de paciente socializada e implementada año 2014, con cartelera de identificación. 2. Documentación . Registros de socialización guías para: caídas, prevención de úlceras por presión- Braden, administración de medicamento . prevención de flebitis, guías de infecciones asociadas al cuidado de la salud (manejo de cateter venoso central, técnicas de aislamiento, limpieza y desinfección , lavado de manos. 3. Los registros de identificación de los pacientes que van para procedimientos. 4. Se tienen documentado los cuidados intrahospitalarios y al momento de egreso. se tiene resultados de la medición de oportunidad del triage. 5.- se cuenta con el formato de traslado de paciente donde se evidencia la identificación del riesgo de caídas, y upp. 6.- guía de preparación de ayudas diagnósticas en cada uno de los servicios. 1- Implementar en toda la organización la pulsera de identificación. 2.- 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. (Calidad - MECI/Abierto) 3.00 2.00 180</p>	<p>1. Se tiene documentado procedimiento de asignación de citas desde el año 2010, admisión de pacientes, guía de identificación de paciente socializada e implementada año 2014, con cartelera de identificación. 2. Documentación . Registros de socialización guías para: caídas, prevención de úlceras por presión- Braden, administración de medicamento . prevención de flebitis, guías de infecciones asociadas al cuidado de la salud (manejo de cateter venoso central, técnicas de aislamiento, limpieza y desinfección , lavado de manos. 3. Los registros de identificación de los pacientes que van para procedimientos. 4. Se tienen documentado los cuidados intrahospitalarios y al momento de egreso. se tiene resultados de la medición de oportunidad del triage. 5.- se cuenta con el formato de traslado de paciente donde se evidencia la identificación del riesgo de caídas, y upp. 6.- guía de preparación de ayudas diagnósticas en cada uno de los servicios.</p>	<p>1- Implementar en toda la organización la pulsera de identificación. 2.- 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.</p>	<p>Consulta Externa, SIAU</p>
----	-------------	---	---	--	-----------------------------------

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	37 / 69

18	18 - AsREG2	La institucion le brinda de manera parcial la informacion a los usuarios en todos los servicios.	1- Se tiene documentado las guias de atencion en donde se establece la preparacion de pacientes para la realizacion de intervenciones 2.- se tiene evidenciass de socializaciones de las guias y la evaluacion de las mismas. 3.-. Se tiene evidencia de la aplicacion de las listas de chequeo en ginecobstetricia, en pediatria para apendicitis, dengue y violencia sexual.4.- se cuenta con las listas de chequeo del diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado mensualmente y trimestralmente	Actualizar e implemtar lista de chequeo para la verificacion del cumplimiento de criterios de acuerdos a las prioridades	Procesos Asistenciales
19	19 - AsREG3	En la organizacion se tienen las guías de atencion de enfermería, actualizadas en donde se establece de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención, las cuales se encuentran disponible en los diferentes servicios asistenciales, además se han socializado y estamos en el proceso de medicion de adherencia.(mediante la realizacion de examen de conocimiento y aplicacion de listas de chequeo).	En la organizacion se tienen las guías de atencion de enfermería, actualizadas en donde se establece de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención, las cuales se encuentran disponible en los diferentes servicios asistenciales, además se han socializado y estamos en el proceso de medicion de adherencia. (mediante la realizacion de examen de conocimiento y aplicacion de listas de chequeo).	Medir el cumplimiento recomendaciones dadas al paciente para su preparación.	Procesos Asistenciales
20	20 - AsEV1	organizaci3n identifica y suministra informaci3n sobre las necesidades educativas de los usuarios y su familia de manera parcial, en los diferentes servicios	Consentimiento informado, de acuerdo al procedimiento que se le realiza.	Fortalecer la identificaci3n y la evaluaci3n de las necesidades educativas de los usuarios en los diferentes servicios de la Instituci3n.	SIAU, Coordinaci3n asistencial
21	21 - AsEV2	NA			
22	22 - AsEV3	Se cuenta con un programa de seguridad del paciente en el cual la organizaci3n garantiza el aislamiento del paciente de acuerdo a su patología	Manual de tecnica de aislamiento Registro de asistencia usuario sobre charlas educativa, sobre aislamientos de pacientes. Registro de Asistencia del Talento Humano sobre capacitacion sobre las tecnicas de aislamiento Hoja de traslado interno del paciente	lograr la adherencia del talento humano sobre las tecnicas de aislamiento	pidemiología, Infectología, Calidad (seguridad Paciente)
23	23 - AsPL1	La ESE, tiene responsabilidades en grupos poblacionales especifico (indigenas,extrangeros.ppl)	Contratos con el asegurador		Coordinaci3n asistencial
24	24 - AsPL2	1. La ESE HRPL cuenta con la adopción de las guías de Práctica Clínica Médica con evidencia científica establecidas por el ministerio de salud las cuales se encuentran socializadas, publicadas en la página web institucional e instalada en los diferentes computadores por servicios. 2. La ESE cuenta con guías de atención inmediata y manejo de eventos adversos y reportes de estos mismo, ayudando a tomar medidas correctivas oportunas para cada paciente. 3. El servicio de Laboratorio Clínico tiene su estructura documental diseñada, ajustada, socializada, implementada con indicadores de seguimiento. 4. El servicio de imagenología tiene su estructura documental diseñada, ajustada, socializada, implementada con indicadores de seguimiento.	1. Resoluci3n de adopción y adaptaci3n de guías de practica clinica medica 2. Resoluci3n de la adopción de las guías de practica clinica medica con evidencia científica del Ministerio de Salud y proteccion social 3. Guías de practica clinica medica del ministerio de salud. 4. Indicadores de seguridad del paciente 5. Procedimientos, protocolos, guías y indicadores del laboratorio clinico 6. Procedimiento, protocolos, guías e indicadores del laboratorio clinico	1. definir las guías practicas de guías clinicas con evidencia cientificas para los diferentes servicios de la institucion	Coordinaci3n Asistencial, Calidad
25	25 - AsPL3	NA			
26	26 - AsPL4	NA			

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECL- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	38 / 69

27	27 - AsPL5	<p>1. El Servicio de Imagenología cuenta con Talento Humano capacitado y cualificado</p> <p>2. El Servicio de Laboratorio Clínico cuenta con personal capacitado y cualificado</p> <p>3. El servicio de imagenología hace rondas diarias y llamadas a cada servicio, registrando en un libro los estudios pendientes y resultados críticos.</p> <p>4. En el laboratorio clínico se realiza control de calidad a las muestras que ingresan al laboratorio clínico con el fin de garantizar resultados oportunos y pertinentes, por otra parte se realiza correlación clínica con el diagnóstico y resultados de laboratorio en caso de alguna inconsistencia se realiza llamada al servicio correspondiente</p>	<p>1. Hoja de vidas del Talento Humano de Imagenología y Laboratorio Clínico.</p> <p>2. Formato de verificación y correlación clínica</p> <p>3. Libro de nueva tomas de muestra por resultados críticos</p> <p>4. Libro de recepción de muestra</p>	<p>Garantizar que todos los resultados de imagenología se puedan visualizar para su interpretación y correlación clínica (Calidad - MECI /Abierto) Garantizar la correcta solicitud de los exámenes clínicos por parte del Talento Humano de Medicina General y especializada. (Calidad - MECI/Abierto) Garantizar la correcta toma de muestra de los laboratorios clínicos en todos los servicios asistenciales (Calidad - MECI/Abierto)</p>	<p>Imagenología, Laboratorio Clínico</p>
28	28 - AsPL6	<p>1. El Servicio de Laboratorio Clínico Cuenta con personal capacitado y cualificado</p> <p>2. En el laboratorio clínico se realiza control de calidad a las muestras que ingresan al laboratorio clínico con el fin de garantizar resultados oportunos y pertinentes, por otra parte se realiza correlación clínica con el diagnóstico y resultados de laboratorio en caso de alguna inconsistencia se realiza llamada al servicio correspondiente.</p>	<p>1. Formato de verificación y correlación clínica</p> <p>2. Libro de nueva tomas de muestra por resultados críticos</p> <p>3. Libro de recepción de muestra</p> <p>4. Protocolo de toma de muestra de laboratorio clínico en los diferentes servicios</p> <p>5. Manual de toma de Muestra</p> <p>6. Listado de asistencia del talento humano en la capacitación en la correcta toma de muestra del Laboratorio Clínico</p> <p>7. Indicador de errores en la toma de muestra</p>	<p>garantizar la correcta solicitud de los exámenes clínicos por parte del talento humano de medicina general y especializada (Calidad - MECI /Abierto)</p> <p>garantizar la correcta toma de muestra de los laboratorios clínicos en todos los servicios asistenciales</p>	<p>Laboratorio Clínico</p>
29	29 - AsPL7	<p>1. La ESE cuenta con un programa Materno Infantil, el cual tiene la capacidad instalada para prestar servicios gineco-obstétricos, pediátricos y neonatal, igualmente tiene documentado y estandarizado todos los criterios específicos para la atención materno infantil y el cuidado con el Recién Nacido (procedimientos, guías, protocolos) ofreciendo atención oportuna, pertinente, accesible, segura y óptima; con Talento Humano idóneo y especializado personal 24 horas, 202 Estándar 28. Cód. (AsPL7). La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.</p> <p>2.27 de igual forma existe coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.</p> <p>2. La ESE cuenta con consejería psicológica y emocional a las paciente en trabajo de parto y cuidado del recién nacido, abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación, lactancia materna</p> <p>3. Existe un programa de donación de órganos en el cual se ofrece apoyo espiritual y emocional, el cual esta articulado con la secretaria de salud departamental y ministerio de salud.</p> <p>4. Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación, Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).</p> <p>5. Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica</p> <p>6. Valoración</p>	<p>1. Registro fotográfico de identificación de lugares y servicios necesarios para la atención, Guía de muerte encefálica adultos y niños niñas,</p> <p>2. Cuenta con área de atención del parto de emergencia y cuidados del recién nacidos, Guía de cogido rojo para intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo.</p> <p>3. Resolución No. 0364 de 2014 por la cual se crea el comité de seguimiento de la Morbilidad Materna Extrema.</p> <p>4. Constancia de plan de cargo según acuerdo No. 228 de 2014 se evidencia Profesional Universitario en nutrición y dietética</p> <p>5. Cuenta con Banco de Leche Humana</p> <p>6. Formato de prescripción de lactancia materna.</p> <p>7. Soporte con la curia del municipio de Valledupar</p> <p>8. Documento soporte suficiencia de personal,</p> <p>9. Procedimiento de interconsultas,</p> <p>10. Guía de criterio de ingreso a UCIN - UCIA,</p> <p>11. Contrato de psicología y trabajo social</p> <p>12. Evidencia de evoluciones nutricionales en historia clínica</p> <p>13. Guía de remisión a programas de promoción y prevención en el servicio materno infantil</p> <p>14. Se cuenta con el formato de remisión a los programas de promoción y prevención</p> <p>15. Registro de educación brindada al paciente en el consultorio de valoración prequirúrgica en consulta externa</p> <p>16. Constancia de Vacunación</p> <p>17. Primera cita con pediatría a los 3 días</p> <p>18. Reporte de TSH.</p>	<p>Garantizar que el servicio de nutrición preste una atención óptima y oportuna a los pacientes hospitalizados en la ese</p>	<p>Proceso Materno Infantil</p>

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	39 / 69

31	AsPL9	<p>La ESE cuenta con un registro firmado por el paciente en el cual autoriza conscientemente a someterse a procedimiento quirúrgico indicado por el médico tratante, el cual incluye los beneficios, los riesgos y las alternativas. 2. Existe un Consentimiento especial y específico de un proyecto de investigación del paciente, en el que se le explican: objetivos, beneficios y los inconvenientes del mismo. 3. Se tiene definido el consentimiento para procedimientos de enfermería en el cual se describe los beneficios, riesgos de estos. 4. Se implementa consentimiento informado de transfusión sanguínea y estudios radiológicos. 5. Educación al paciente y familiares al egreso de la institución - Auto cuidado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Formato de consentimiento informado médico 2.Formato de consentimiento informado de procedimientos de enfermería 3.Formato de consentimiento informado según investigación. 4.Formato de consentimiento informado para transfusión sanguínea. 5.Formato de estudios de imagenología 6.Registro de firmas de entrega de folletos de autocuidado por patología. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Fortalecer el diligenciamiento adecuado y oportuno de los consentimientos informados por parte de los médicos especialistas. 2.Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos. 	<p>Procesos Asistenciales; Calidad (seguridad Paciente)</p>
32	AsPL10	<p>1.La ESE cuenta con formatos de consentimiento y disentimiento informado firmado por el paciente en el cual autoriza o niega conscientemente a someterse a procedimientos indicado por el médico tratante, el cual incluye los beneficios, los riesgos y las alternativas. Los formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formato de consentimiento y disentimiento informado proyecto de investigación - Formato de consentimiento de anestesia. - Formato de consentimiento y disentimiento quirúrgico - Formato de consentimiento y disentimiento de enfermería - Formato de consentimiento de transfusión sanguínea - Formato de consentimiento informado de imagenología - Formato de consentimiento Prueba VIH - Formato de consentimiento y disentimiento informado de IVE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Formato de consentimiento y disentimiento informado proyecto de investigación 2.Formato de consentimiento de anestesia. 3.Formato de consentimiento y disentimiento quirúrgico 5.Formato de consentimiento y disentimiento de enfermería 6.Formato de consentimiento de transfusión sanguínea 5.Formato de consentimiento informado de estudios de imagenología 6.Formato de consentimiento Prueba VIH 7.Formato de consentimiento y disentimiento informado de IVE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos. 	<p>Procesos asistenciales; calidad (seguridad Paciente)</p>
33	AsPL11	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ESE cuenta con el programa de Humanización socializado y documentado. 2. Se realizan actividades en servicios claves. 3. La institución cuenta con apoyo espiritual y emocional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de humanización vigencia 2018 con sus soportes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliar, socializar y publicar el alcance del apoyo espiritual con enfoque diferencial - Creación del listado de líderes espirituales. 2. Definición de espacio para acompañamiento espiritual 	<p>Talento Humano, Docencia Servicio, Sistema Integrado de Calidad</p>
34	AsPL12	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ESE cuenta con un Plan de tratamiento por paciente liderado por cada médico tratante. 2.La ESE cuenta con Servicio infectología adulto y pediátrico. 3.La ESE cuenta con mecanismos para separación de medicamento LASA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planes de tratamiento por paciente. 2. Sistema de Información DG/módulo HC/Órdenes médicas 3. Contrato servicio de infectología. 4. Documento soporte Separación de medicamentos LASA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la política de farmacovigilancia institucional. 2. Gestionar mecanismos para involucrar el servicio de farmacia en la política de uso racional de antibióticos. 3. Establecer mecanismos para la reconciliación de medicamentos al ingreso de los usuarios. 	<p>Farmacia</p>

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	40 / 69

35	AsPL3	<p>1. La institución cuenta con un mecanismo soportado de investigación diagnóstica, de acuerdo a cada paciente.</p> <p>2. La ESE cuenta con laboratorio clínico de mediana complejidad.</p> <p>3. La ESE cuenta con imagenología de mediana y alta complejidad</p>	<p>1.HC por paciente y sus solicitudes diagnósticas y complementarias.</p> <p>2. Documento REPS</p>	<p>1 Fortalecer la constancia de la información brindada escrita en la historia clínica.</p>	<p>Coordinación Asistencial, Calidad</p>
36	36 - AsPL4	<p>1. La ESE realiza toma muestras intrahospitalaria e interhospitalaria.</p>	<p>1. Protocolo de toma de muestras intrahospitalaria.</p> <p>2. Protocolo de toma de muestras interhospitalaria.</p>	<p>1. Implementar el seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos.</p>	<p>Laboratorio Clínico</p>
37	37 - AsPL5	<p>1. La ESE cuenta con servicio de laboratorio clínico e imagenología</p> <p>2. La institución cuenta con responsables por servicios</p>	<p>1 .Documento REPS</p> <p>2. Contrato de Imagenología</p>	<p>1. Crear mecanismos para evaluación de los servicios de laboratorio clínico e imagenología</p> <p>2. Implementar la medición de la oportunidad de los reportes</p>	<p>Laboratorio Clínico</p>
38	38 - AsPL6	<p>1. La ESE cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, imágenes)</p>	<p>1. Registros de reporte de Laboratorio clínico e imagenología.</p> <p>2. Sistema de información Winsislab e interface de imagenología con DG institucional</p>	<p>1. Mejorar los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados.</p> <p>2. Garantizar la disponibilidad de insumos durante la vigencia.</p> <p>3. Fortalecer proceso</p>	<p>Laboratorio Clínico</p>
39	39 - AsPL7	<p>1. El laboratorio Clínico cuenta con control de calidad interno diario y externo según amerite que garantice la calidad del procesamiento de muestras, este proceso se encuentra debidamente documentado e implementado con su análisis respectivo; en caso de alguna desviación se toman medidas correctivas, que permiten actuar proactivamente antes del procesamiento.</p> <p>2. Se calibra los equipos según el</p>	<p>1.Registro de los resultados del control interno</p> <p>2. Registro del resultado del control externo</p>	<p>1.Garantizar el autocontrol del procesamiento mediante indicadores de calidad</p> <p>2. Identificar los procesos comparativos nacionales e internacionales en el área de microbiología y uroanálisis</p>	<p>Laboratorio Clínico</p>
40	40 - AsPL8	<p>1. La ESE cuenta con procesos estandarizados para el control y prevención de infecciones.</p> <p>2.La ESE cuenta con un programa de seguridad paciente, el cual tiene como líder una referente, además se encuentran activos los comités: de infecciones, seguridad paciente, los cuales se reúnen según programación de cronograma.</p> <p>3. Para los procesos infecciosos se cuenta con medico especialista en infectología, quien valora y brinda el manejo terapéutico con calidad según patología.</p> <p>4. La ESE cuenta con una enfermera y epidemióloga para la medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio.</p> <p>5. El proceso se encuentra debidamente documentado, socializado y medido en la ESE (Manuales, Guías, Protocolos, Formatos)</p>	<p>1. Guía de prevención de infecciones.</p> <p>2. Protocolo de aislamiento.</p> <p>3. Actas de comité de infecciones.</p> <p>4. Informe de perfil de infecciones 2018.</p>	<p>1. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de insumos para prevención de infecciones intrahospitalarias.</p> <p>2. Fortalecer competencias en el talento humano en manejo de la higiene hospitalaria.</p> <p>3. Diseñar e implementar el uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, nutrición parenteral con certificación BPM</p>	<p>Calidad (seguridad Paciente), Infectología</p>

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	41 / 69

41	41-AsEJ1	<p>1. La ESE cuenta con planes de tratamiento que incorporan de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia.</p> <p>2. Cuenta con un sistema de información DG para el diligenciamiento y seguimiento de los planes.</p> <p>3. Cuenta con el servicio de auditoría concurrente para seguimiento.</p> <p>4. Cuenta con equipo interdisciplinario en salud idóneo y de acuerdo a la mediana y alta complejidad de la ESE.</p>	<p>1. Contrato de prestación del equipo salud vigencia 2018.</p> <p>2. Contrato nutricionista pediátrica.</p> <p>3. Evidencia del plan de tratamiento de DG.</p>	<p>1. Establecer un mecanismo para realizar seguimiento a la oportunidad y efectividad de las interconsultas.</p> <p>2. Contar con el servicio de nutrición clínica hospitalaria para adultos.</p> <p>3. Diseñar e implementar los planes de cuidados de manera sistematizada en toda la institución.</p>	Procesos Asistenciales
42	42-AsEJ2	<p>La institución brinda la educación e información al usuario y su familia durante la ejecución del tratamiento.</p>	<p>1. Planes de autocuidado.</p> <p>2. Registro de entrega de planes de autocuidado: puerperio, UCIN, UCIA adulto, Cirugía, Infectología, pediatría, Urgencias, Hospitalización</p>	<p>1. Implementar que los profesionales médicos tratantes brinden información necesaria y suficiente de resultado de exámenes y procedimientos diagnósticos, con adecuado entendimiento por el usuario y familiares.</p> <p>2. Evaluar el entendimiento por parte del usuario de toda la información y educación recibida durante el proceso de atención.</p> <p>3. Establecer el acompañamiento y asesoría al 100% para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedad catastrófica, cáncer y VIH o SIDA.</p> <p>4. Cumplir con la socialización y entrega de los planes de autocuidado a los usuarios y su familia de acuerdo a su proceso de atención.</p> <p>5. Contar con talento humano disponible para garantizar la comunicación incluyente en usuarios y usuarias con condición de discapacidad de lenguaje o auditiva, de la misma manera el enfoque etno-cultural.</p>	Procesos Asistenciales
43	43-AsEJ3	<p>La institución cumple en algunos servicios con el cuidado y el tratamiento basados en la mejor evidencia disponible.</p>	<p>1. Listas de chequeo de adherencia a guías y guías de Prácticas clínicas adoptadas por el Hospital Resolución 530 del 2017; ver software daruma Documentos/Resolución 530 del 2017</p>	<p>1. Adoptar y adaptar las guías de práctica clínica en cada una de las áreas, según procesos normativos.</p> <p>2. Socializar las guías de práctica clínica según áreas de servicios.</p> <p>3. Realizar procesos de evaluación interna de historias clínicas, valorando la adherencia y retroalimentación de estas por pares utilizando herramienta tecnológica daruma salud para tal fin.</p>	Coordinación asistencial, Calidad;

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	42 / 69

44	44 - AsEJ4	La institucion cuenta con el proceso para la identificacion y atencion a sobrevivientes de violencia sexual, maltrato infantil o violencia intrafamiliar	Guías de manejo de violencia sexual, protocolo de cadena de custodia, formatos de derechos sexuales y reproductivos, consentimiento informado para VIH en caso de violencia, Lista de chequeo de adherencia a violencia sexual, Protocolo IVE	1. Socializar y/o actualizar al talento humano que ingresa sobre la atención a sobrevivientes de violencia sexual 2. Revisar y ajustar el protocolo de violencia intrafamiliar. 3. Socializar guías de cadena de custodia. 4. Socializar IVE 5. Socializar DSR	Psicología, SIAU, Materno Infantil
45	45 - AsEJ5	La institución no cuenta con un proceso estandarizado para refrendar las peticiones que realice el usuario relacionado con su tratamiento, a pesar que la entidad cuenta con el proceso de socialización del código de ética y buen gobierno. Codigo de ética y buen gobierno. Comité de ética hospitalaria.	1.Codigo de ética y buen gobierno. 2.Comité de ética hospitalaria.	1. Sensibilizar y reafirmar con los profesionales los derechos y deberes de los usuarios relacionados con el manejo de su enfermedad. 2. Estandarizar el proceso que define cuando un usuario solicite otro concepto de su estado de salud a nivel institucional	Coordinación Asistencial
46	46 - AsEJ6	1. La institución cuenta con una estrategia estandarizada Seguridad del paciente. 2. La institución cuenta con la estrategia IAMI INTEGRAL Y AIEPI CLINICO para la población materna e infantil documentadas a través de actos administrativos, cuenta con material, estrategias de información, educación y comunicación y servicios especializados en la educación en salud.	1. Actos administrativos de la estrategia IAMI INTEGRAL /AIEPI CLINICO. Ver módulo Documentos/Resolución 452 del 2016 y Resolución 459 del 2015 2. Material IEC para la educación en salud de los servicios de Banco de Leche Humana y Metodo Madre Canguro. 3. Se cuenta con el programa de seguridad a paciente que visibiliza las metas internacionales a favor del usuario y familia hospitalizado.	Desarrollar un programa y/o estrategia de educación en salud en las otras area de servicios de la entidad.	Coordinación Asistencial, SIAU; procesos asistenciales
47	AsEVA1	1. La institución revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica. 2. cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales para los casos de eventos	1.Resultados de evaluación de casos por eventos adversos. 2. Contrato de IETS	1. Implementar el sistema de seguimiento y evaluación de adherencia de HC basados en recomendaciones trazadoras. 2. Optimizar la herramienta tecnologico (daruma Salud) para la revision del plan	Coordinación Asistencial, Calidad
48	AsEVA2	1. La institución cuenta con el proceso estandarizado que revisa sistemáticamente y periódicamente las PQRS de la entidad y son de conocimiento de las areas respectivas, liderado el proceso con la oficina de atención al usuario. 2. La institución cuenta con una Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria	1. Proceso de PQRS documentado liderado por la oficina del SIAU. 2. Oficios de remisiones de las PQRS a los servicios. 3. Informe final de PQRS 2018.	1. Realizar planes de mejoramiento de las PQRS para estar en línea la retroalimentación de los diferentes servicios de la entidad. 2. Apoyar con herramientas tecnológicas (Daruma salud) innovadoras el proceso consolidación, planes de mejoramiento de las PQRS	SIAU
49	AsEVA3	No existe un proceso que permita identificar a los usuarios/as consultadores crónicos.	No existe	Diseñar un proceso para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar la atención a usuarios denominador consultador cronico.	Coordinación Asistencial
50	AsEVA4	N/A	N/A	N/A	

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	43 / 69

51	AsSAL1	La institución cuenta con el proceso de egreso de usuario externo estandarizado por servicios asistenciales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de egreso de los usuarios. 2. Planes de autocuidados por servicios 3. Registro de entrega de autocuidados 4. Registro de asignación de cita control en puerperas (7-10 días) y recién nacidos (3 días) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar los folletos de autocuidado basado en las GPC a familias. 2. Establecer estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios 3. Establecer proceso donde el profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención, seguimiento y manejo en casa o en otra entidad. 4. Establecer mecanismos para diseñar e implementar los planes de cuidado escritos al egreso 	Procesos Asistenciales
52	AsSAL2	La institución cuenta con coordinación con el ICBF seccional Cesar, modalidad MADRES COMUNITARIAS FAMILIAR Y MODALIDAD FAMILIAR para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y la estrategia IAMI INTEGRAL en lo relacionado con la salud materna e infantil que egresa de la ESE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Copia contrato interadministrativo No. 1946 de 2018 con el departamento del Cesar, que refrenda acciones para la promoción y prevención de enfermedades como la desnutrición infantil, promoción de la lactancia materna con madres FAMI, Reseña fotográfica de los eventos de capacitación a madres comunitarias Certificación del ejercicio de consejería en lactancia materna con enfoque comunitario según la OMS. 2. Fortalecimiento de competencias en talento humano de IPS públicas y privadas del departamento del Cesar en manejo de la desnutrición infantil aguda moderada o severa; contrato 426 del 2018. 3. Convenio Filmarray 4. Convenios docencia y servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar y adaptar las RIAS relacionadas con la mediana y alta complejidad que permita la articulación en salud después de la salida del paciente. 	Epidemiología, Calidad (seguridad Paciente)
53	AsREF1	La institución cuenta con servicio de referencia y contrarreferencia, donde se lidera proceso de referencia y contrarreferencia normativamente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de referencia y contrarreferencia. 2. Formato de referencia y contrarreferencia sistematizado. 3. Bitácora o copia de informe mensual de la vigencia 2018 de las remisiones y contrarremisiones aceptadas por el hospital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar un proceso de incorporación de los documentos del proceso de referencia y contrarreferencia de los usuarios. 2. Establecer mecanismos para medir la adherencia y eficiencia del proceso de referencia. 3. Implementar vías de comunicación para realizar seguimiento a los pacientes que se remiten a otras instituciones, facilitando una posible contrarreferencia. 	Urgencias
54	AsREF2	La institución cuenta con los siguientes servicios específicos: laboratorio clínico e imagenología, remisión de usuarios de urgencias y a programas de promoción y prevención, el cual realiza el proceso de remisiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de remisiones y/o solicitudes de estudios de laboratorio clínico e imagenología. 2. Formato de entrega al usuario de su reporte de estudio, formato de envío y recibidos de muestras remitidas. 3. Formato de referencia de usuarios. 4. Folleto Recomendaciones para la toma de exámenes 5. Procesos de referencia y/o contrarreferencia en todos los servicios, incluyendo laboratorio clínico. 5. Informe de alarmas críticas de laboratorio clínico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer proceso de remisión a programas de Promoción y Prevención del servicio materno infantil. 2. Con relación al proceso de remisión del servicio de urgencias, se debe priorizar un proceso que permita verificar la pertinencia de las remisiones y el seguimiento y monitoreo de las mismas. 3. Establecer el proceso de remisión de usuarios a programa de promoción y prevención, incluyendo la posibilidad de conocer si el usuario fue atendido. 	Coordinación Asistencial

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	44 / 69

55	AsREF3	La institucion cuenta con referencia y contrareferencia en servicio de Laboratorio clinico y sus respectivos protocolos de envio y recibido de muestras remitidas, ademas de sistema de informacion al usuario sobre el procedimiento a seguir en caso de remision.	1. Manual de referencia y contrareferencia del laboratorio clinico, formatos de envio de muestras. 2. Contratos con laboratorios de referencia para muestras de laboratorio clinico. 3. Existe política de comparación con las mejores prácticas relacionadas con el laboratorio de salud publica.	Ampliar contratación con otras entidades que permitan mejorar la oferta para envio de muestras de laboratorio clinico.	Laboratorio Clinico
56	AsREF4	La institucion cuenta con el servicio de imagenologia tercerizado, sin embargo, es el profesional tratante el que define el mecanimos para el trámite en caso de remisión por requerir un estudio imagenológico otra complejidad diferente a la institucional.	1. Contrato de imagenologia vigencia 2018. 2. Protocolo de atención a los usuarios según estudio imagenológico		Imagenologia
57	AsREF5	N/A	N/A	N/A	
58	AsREF6	No existe	No existe	Implementar y socializar estandarizado el tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, incluye el proceso de seguimiento, monitorización y planes de mejora en caso de desviaciones.	Coordinación Asistencial, Calidad
59	AsSIR1	N/A	N/A	N/A	
60	AsSIR2	N/A	N/A	N/A	
61	AsSIR3	N/A	N/A	N/A	
62	AsSIR4	N/A	N/A	N/A	
63	AsSIR5	N/A	N/A	N/A	
64	AsSIR6	N/A	N/A	N/A	
65	AsSIR7	N/A	N/A	N/A	
66	AsSIR8	N/A	N/A	N/A	
67	AsSIR9	N/A	N/A	N/A	
68	AsSIR 10	N/A	N/A	N/A	
69	AsSIR 11	N/A	N/A	N/A	
70	AsSIR 12	N/A	N/A	N/A	
71	AsSIR 13	N/A	N/A	N/A	
72	AsSIR 14	N/A	N/A	N/A	
73	AsSIR 15	N/A	N/A	N/A	
74	AsSIR 16	N/A	N/A	N/A	
75	AsMCC1	La ESE utiliza el PAMEC como herramienta del Programa de mejoramiento continuo aplicando la ruta critica	1. PAMEC 2018, 2. Ejecución del PAMEC, analisis de los resultados, socializacion del PAMEC.	Fortalecer las acciones de mejora para lograr una tendencia positivas en la medición	Calidad

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	45 / 69

10.1.3. Priorización de procesos a mejorar

Una vez se obtuvo los procesos objeto de mejoramiento, al igual que el listado de todas las oportunidades de mejora a que pertenecen cada uno de ellos, se realizó una priorización de ellos por la imposibilidad de trabajarlos todos al tiempo. Para la priorización de estos procesos a mejorar se definió utilizar una matriz de priorización que contiene las variables RIESGO, COSTO, Y VOLUMEN.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN		
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 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 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.

Para realizar la priorización se tuvo en cuenta:

1. Entrenar al grupo moderador en la aplicación de la matriz de priorización y el método de evaluación para cada proceso frente a los factores críticos de éxito; ejemplo, cuestionar el impacto que tendrían las variables Riesgo, Costo y Volumen si no es priorizada las oportunidades de mejora de ese proceso.
2. La forma como debe ser realizada la pregunta para priorizar, está relacionada con entender que riesgo y costo potencial, asume la institución y/o los usuarios de no tener implementada la mejora y el volumen está relacionado con la población afectada si no se lleva a cabo el mejoramiento.
3. Los procesos priorizados (aquellos con las oportunidades de mejoramiento de mayor criticidad), tendrán prioridad en el seguimiento y control y generarán vigilancia estricta del cumplimiento de los planes de mejoramiento formulados.
4. La escala de calificación utilizada va de uno a cinco, donde 1 significa menor riesgo, costo y volumen y 5 mayor riesgo, costo o volumen. Teniendo en cuenta los puntos anteriores, se priorizan los siguientes procesos según la matriz seleccionada:

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	46 / 69

Matriz de priorización

N°	ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	FORTALEZAS	2. SELECCIÓN DE PROCESO			3. PRIORIZACIÓN			
			EVIDENCIA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PRIORIZACIÓN			
						Riesgo	Costo	Volumen	Total
1	1-AsDP1	Se modificó y activo el comité de ética y buen gobierno hospitalario bajo la normatividad legal vigente. 2. Se midió la adherencia de los deberes y derechos a la usuarios internos y externos 3. se cuenta con una declaración de derechos y deberes para los usuarios incorporada en el planestrategico de la institución. 4. se ha realizado socialización de los deberes y derechos. 5. En algunas áreas se ha implementado la medición de la información sobre derechos y deberes al usuario	1 Resolución del Comité de Ética 2. Actas de reuniones del comité de ética 3. Cronogramas General de reuniones a comité 4. Análisis de la adherencia de los deberes y derechos del usuario 5. Código de ética y Buen Gobierno 6. Registro de asistencia a capacitaciones	Garantizar que todos los usuarios con idiomas y dialectos diferentes al español sean informados entendido por un acompañante con capacidad de comprensión de los deberes y derechos	SIAU	5	5	5	125
2	2-AsDP2	Existe un proceso de docencia e investigación con un líder El proceso se encuentra documentado con formatos procedimientos y manuales. Existen convenios con universidades legalizados de acuerdo a la normativa legal vigente. Existe un grupo de investigación avalado por la universidad UPC y clasificado por coherencia en categoría C, con semilleros Los proyectos e investigación son presentados a los comités de ética y de investigación para su aprobación. El grupo de investigación esta integrado por: profesionales con doctorados, maestrías y posgrado, de igual forma se ha realizado capacitaciones en el tema.	Existe un proceso de docencia e investigación con un líder. El proceso se encuentra documentado con formatos procedimientos y manuales. Existen convenios con universidades legalizados de acuerdo a la normativa legal vigente. Existe un grupo de investigación avalado por la universidad UPC y clasificado por coherencia en categoría C, con semilleros Los proyectos e investigación son presentados a los comités de ética y de investigación para su aprobación. El grupo de investigación esta integrado por: profesionales con doctorados, maestrías y posgrado, de igual forma se ha realizado capacitaciones en el tema.	Socializar el proceso de investigación de la ESE HRPL	Docencia Servicio	3	3	3	27
3	3-AsDP3	La institución cuenta con un código de ética y buen gobierno articulado con el direccionamiento estratégico institucional en su VERSIÓN 3, el cual se encuentra publicado en la página web. Este ha sido socializado a el usuario interno, estudiantes y a su vez se ha medido su adherencia. En este se contemplan los deberes y los derechos de los usuarios. El código de ética evalúa situaciones especiales en pro de resolver dificultades en la prestación del servicio al paciente	Código de ética y buen gobierno y su respectiva resolución Actas de comité de ética. La evidencia se encuentra en la pag web de la ESE.	Actualizar código de ética y buen gobierno	Planeación	5	5	5	125
4	4-AsDP4	Existen evidencias de servicios tercerizados (imágenes diagnosticas, alimentación, mantenimiento de equipos)	Contratos de los servicios tercerizados que se reposan en la oficina de control interno disciplinario	Articular con las empresas tercerizadas la implementación de los altos estándares de calidad.	Imagenología, Lavandería, Comedor	5	5	4	100
5	5-AsSP1	La institución tiene formulada e implementada la política de seguridad paciente, monitoreo de los incidentes y eventos adversos. Se incentiva en toda la organización al reporte de los eventos adversos.	Programa documentado de seguridad paciente. Acto administrativo de las políticas de seguridad paciente. Estandarización de la matriz de riesgo en todos los protocolos de procedimientos médicos. Socialización de eventos adversos 2016-2017. Semana Institucional de seguridad paciente. Boletines informativos	Implementar los Riesgos según metodología AMFE	Sistema Integrado de Calidad (seguridad paciente)	5	5	5	125
6	6-AsSP2	En la ESEHRPL existe una Política de Seguridad de paciente, la cual se despliega por lo diferentes canales de comunicación institucionales (capacitaciones, sensibilizaciones, código de ética y buen gobierno tercera versión publicado en la página web, Correo electrónico institucional, land mensiguer, boletín informativo). De igual forma se mide la cultura organizacional de seguridad por medio de encuestas y aplicación de lista de chequeo.	1 Actas de comité de seguridad paciente. 2. Taller del Protocolo de Londres 2017. 3. Folletos de información al paciente. 4. Código de ética y buen gobierno página web institucional 5. correo electrónico institucional	Estandarizar la metodología AMFE para identificar factores de riesgos fallas y eventos adversos. Reforzar la medición de la cultura de la seguridad paciente.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad paciente)	5	5	5	125
7	7-AsSP3	Aplicación de las guías de buena practica para la seguridad del paciente las cuales son: Asegurar la Correcta identificación de las muestra de laboratorio, mejorar la seguridad en procedimiento quirúrgicos, asegurar la correcta identificación de los paciente en los procesos asistenciales, evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves en la seguridad paciente, buenas practicas para detectar, prevenir infecciones asociadas a la atención de salud, procesos para prevenir y reducir la frecuencia de caídas, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, mejorar la seguridad en la unidad de cuidados intensivos, prevenir las complicaciones en manejo de sangre y componentes sanguíneos, garantizar la gestión segura de la gestante y recién nacido, prevención de úlcera por presión	Guías de buena practica para la seguridad del paciente	Realizar la mediación de la adherencia de las guías buenas practicas de seguridad del paciente que apliquen a la Institución. Reforzar la implementación de todas las recomendaciones de las guías técnica de buenas practicas de seguridad paciente.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad del paciente)	5	5	5	125
8	8-AsSP4	La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.	cuenta con las guías de las técnicas de aislamientos	fortalecer al talento humano sobre la adherencias de las técnicas de aislamiento	Sistema Integrado de Calidad (seguridad del paciente)	5	5	5	125
9	9-AsAC1	La institución garantiza el acceso a todos los usuarios según sus particularidades como son: Discapacitados, indígenas situación en abandono, y todas las EPS del territorio nacional.	Historias clínicas, karex, pulseras y registro de admisión.	Realizar analisis de barreras de acceso en el Hospital para la autorizaciones y temas administrativos. Ejecutar la medición de la demanda insatisfecha.	Sistema Integrado de Calidad (seguridad del paciente)	5	5	4	100
10	10-AsAC3	NA							

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.cu

Proyecto: MALOLY FRANCO líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	47 / 69

11	11- AsAC3	Hay procedimientos asistenciales y administrativos en todos los servicios de la institución.	Procedimientos asistenciales ya administrativos por dependencia.	Evaluar y verificar el conocimiento de los procedimientos asistenciales y administrativos.	Talento Humano, jurídica,	5	5	5	125
12	12- AsAC4	La institución cuenta con un software dinámica .net, call center y centro de atención del usuario, para la asignación de citas que le permite la selección al usuario de los diferentes especialidades de la salud de su preferencia en caso que se encuentre llena su agenda se le brinda con otro profesional de la misma especialidad, para su decisión.	Agendas medicas mensuales	Aplicación de agendas de los especialistas con mas de mandas del servicio	SIAU Consulta Externa	4	3	3	36
13	13- AsAC5	La institución dependiendo de su capacidad instalada programa la atención de acuerdo a los tiempos de los profesionales y teniendo en cuenta con el tiempo que se requiera para la realización de cada proceso	Agendas medicas, sistema de informacion dinamica. net.	Evaluar sistemáticamente la programación de la atención de acuerdo al tiempo de los profesionales especializados en los diferentes servicios de la institución.	SIAU, Consulta Externa	4	4	3	48
14	14- AsAC6	La organización tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad establecidos en resolución 256 de 2016, para los servicios ambulatorios y hospitalarios y sus resultados se encuentran dentro del umbral definidos en el Sistema de Calidad.	Ficha técnicas de indicadores software del Sistema de calidad Daruma informe de indicadores pagina institucional	Socializar los resultados de los indicadores con las diferentes areas	Sistema Integrado de Calidad, Consulta Externa	4	4	4	64
15	15- AsAC7	El Hospital cuenta con la información detallada y actualizadas de todos los servicios que presta publicada en la pagina web institucional.	Contamos con un Portafolio de Servicio cargados en la pagina Web.	Desplegar a) todos los usuarios de la institución la información sobre los servicios a que no tiene derecho, y la forma para acceder a los servicios no cubiertos.	SIAU, Calidad, Coordinación Asistencial	4	3	3	36
16	16- AsAC8	1. Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario, el usuario se le da información sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guía de identificación de paciente socializada e implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificación. En los servicios de materno infantil se cuenta además con la pulsera de identificación. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitorea y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5- Se cuenta con la guía de traslado de pacientes. 6- la organización cuenta con la guía de preparación para ayudas diagnosticas	estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario, el usuario se le da información sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guía de identificación de paciente socializada e implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificación. En los servicios de materno infantil se cuenta además con la pulsera de identificación. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitorea y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5- Se cuenta con la guía de traslado de pacientes. 6- la organización cuenta con la guía de preparación para ayudas diagnosticas	1. Módulo de citas medicas. 2. manual siau de orientación al usuario. 3. Agendas medicas. 4. Registro que genera el sistema de la asignación de las citas asignadas y canceladas	SIAU, Consulta Externa	4	4	4	64

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	48 / 69

17	17- AsREG1	<p>1 Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro admisión y preparación del usuario el usuario se le de información sobre aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso. 2. Existe la guía de identificación de paciente socializada implementada, en todos los servicios se identifica el paciente con la cartelera de identificación. En los servicios de materno infantil se cuenta además con la pulsera de identificación. 3. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente. 4. La organización monitorea y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios. 5.- Se cuenta con la guía de traslado de pacientes. 6.- la organización cuenta con la guía de preparación para ayudas diagnósticas. 1. Se tiene documentado procedimiento de asignación de citas desde el año 2010, admisión de pacientes, guía de identificación de paciente socializada e implementada año 2014, con cartelera de identificación. 2. Documentación. Registros de socialización guías para: caídas, prevención de úlceras por presión- Braden, administración de medicamento, prevención de febricitas, guías de infecciones asociadas al cuidado de la salud (manejo de catéter venoso central, técnicas de aislamiento, limpieza y desinfección, lavado de manos. 3. Los registros de identificación de los pacientes que van para procedimientos. 4. Se tienen documentados los cuidados intrahospitalarios y al momento de egreso, se tiene resultados de la medición de oportunidad del triage. 5.- se cuenta con el formato de traslado de paciente donde se evidencia la identificación del riesgo de caídas, y upp. 6.- guía de preparación de ayudas diagnósticas en cada uno de los servicios. 1.- Implementar en toda la organización la pulsera de identificación. 2.- 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. (Calidad - MECI/Abierto) 3.00 2.00 180</p>	<p>1. Se tiene documentado procedimiento de asignación de citas desde el año 2010, admisión de pacientes, guía de identificación de paciente socializada e implementada año 2014, con cartelera de identificación. 2. Documentación. Registros de socialización guías para: caídas, prevención de úlceras por presión- Braden, administración de medicamento, prevención de febricitas, guías de infecciones asociadas al cuidado de la salud (manejo de catéter venoso central, técnicas de aislamiento, limpieza y desinfección, lavado de manos. 3. Los registros de identificación de los pacientes que van para procedimientos. 4. Se tienen documentados los cuidados intrahospitalarios y al momento de egreso, se tiene resultados de la medición de oportunidad del triage. 5.- se cuenta con el formato de traslado de paciente donde se evidencia la identificación del riesgo de caídas, y upp. 6.- guía de preparación de ayudas diagnósticas en cada uno de los servicios.</p>	<p>1.- Implementar en toda la organización la pulsera de identificación. 2.- 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.</p>	Consulta Externa, SIAU	4	4	4	64
18	18- AsREG2	<p>La institución le brinda de manera parcial la información a los usuarios en todos los servicios.</p>	<p>1.- Se tiene documentado las guías de atención en donde se establece la preparación de pacientes para la realización de intervenciones 2.- se tiene evidencias de socialización de las guías y la evaluación de las mismas. 3.- Se tiene evidencia de la aplicación de las listas de chequeo en ginecoobstetricia, en pediatría para apendicitis, dengue y violencia sexual. 4.- se cuenta con las listas de chequeo del diligenciamiento y entendimiento del consentimiento informado mensualmente y trimestralmente</p>	<p>Actualizar e implementar lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdos a las prioridades</p>	Procesos Asistenciales	4	4	4	64
19	19- AsREG3	<p>En la organización se tienen las guías de atención de enfermería, actualizadas en donde se establece de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención, las cuales se encuentran disponible en los diferentes servicios asistenciales, además se han socializado y estamos en el proceso de medición de adherencia, (mediante la realización de examen de conocimiento y aplicación de listas de chequeo).</p>	<p>En la organización se tienen las guías de atención de enfermería, actualizadas en donde se establece de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención, las cuales se encuentran disponible en los diferentes servicios asistenciales, además se han socializado y estamos en el proceso de medición de adherencia, (mediante la realización de examen de conocimiento y aplicación de listas de chequeo).</p>	<p>Medir el cumplimiento recomendaciones dadas al paciente para su preparación.</p>	Procesos Asistenciales	5	5	5	125
20	20- AsEV1	<p>organización identifica y suministra información sobre las necesidades educativas de los usuarios y su familia de manera parcial, en los diferentes servicios</p>	<p>Consentimiento informado, de acuerdo al procedimiento que se le realiza.</p>	<p>Fortalecer la identificación y la evaluación de las necesidades educativas de los usuarios en los diferentes servicios de la institución.</p>	SIAU, Coordinación asistencial	4	4	4	100
21	21- AsEV2	NA							

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	49 / 69

22	22 - AsEV3	Se cuenta con un programa de seguridad del paciente en el cual la organización garantiza el aislamiento del paciente de acuerdo a su patología	Manual de tecnica de aislamiento Registro de asistencia usuario sobre charlas educativa, sobre aislamientos de pacientes. Registro de Asistencia del Talento Humano sobre capacitación sobre las tecnicas de aislamiento Hoja de traslado interno del paciente	lograr la adherencia del talento humano sobre las tecnicas de aislamiento	pidemiología, Infectología, Calidad (seguridad Paciente)	5	5	4	100
23	23 - AsPL1	La ESE, tiene responsabilidades en grupos poblacionales especifico (indigenas,extrangeros,ppl)	Contratos con el asegurador		Coordinación asistencial	5	5	4	100
24	24 - AsPL2	1 La ESE HRPL cuenta con la adopción de las guías de Práctica Clínica Médica con evidencia científica establecidas por el ministerio de salud las cuales se encuentran socializadas, publicadas en lapagina web institucional e instaladas en los diferentes computadores por servicios. 2. La ESE cuenta con guías de atención inmediata y manejo de eventos adversos y reportes de estos mismo, ayudando a tomar medidas correctivas oportunas para cada paciente. 3. El servicio de Laboratorio Clínico tiene su estructura documental diseñada, ajustada, socializada, implementada con indicadores de seguimiento. 4. El servicio de imagenología tiene su estructura documental diseñada, ajustada, socializada, implementada con indicadores de seguimiento.	1 Resolución de adopción y adaptación de guías de práctica clínica médica 2. Resolución de la adopción de las guías de práctica clínica médica con evidencia científica del Ministerio de Salud y protección social 3. Guías de práctica clínica médica del ministerio de salud. 4. Indicadores de seguridad del paciente 5. Procedimientos, protocolos, guías e indicadores del laboratorio clínico 6. Procedimiento, protocolos, guías e indicadores del laboratorio clínico	1 definir las guías practicas de guías clínicas con evidencia científica para los diferentes servicios de la institución	Coordinación Asistencial, Calidad	5	5	5	125
25	25 - AsPL3	NA							
26	26 - AsPL4	NA							
27	27 - AsPL5	1.El Servicio de Imagenología cuenta con Talento Humano capacitado y cualificado 2. El Servicio de Laboratorio Clínico cuenta con personal capacitado y cualificado 3. El servicio de imagenología hace rondas diarias y llamadas a cada servicio, registrando en un libro los estudios pendientes y resultados críticos 4. En el laboratorio clínico se realiza control de calidad a las muestras que ingresan al laboratorio clínico con el fin de garantizar resultados oportunos y pertinentes, por otra parte se realiza correlación clínica con el diagnóstico y resultados de laboratorio en caso de alguna inconsistencia se realiza llamada al servicio correspondiente	1 Hoja de vidas del Talento Humano de Imagenología y Laboratorio Clínico. 2. Formato de verificación y correlación clínica 3. Libro de nueva tomas de muestra por resultados críticos 4. Libro de recepción de muestra	Garantizar que todos los resultados de imagenología se puedan visualizar para su interpretación y correlación clínica (Calidad - MECI /Abierto) Garantizar la correcta solicitud de los exámenes clínicos por parte del Talento Humano de Medicina General y especializada. (Calidad - MECI/Abierto) Garantizar la correcta toma de muestra de los laboratorios clínicos en todos los servicios asistenciales (Calidad - MECI/Abierto)	Imagenología, Laboratorio Clínico	4	4	4	64
28	28 - AsPL6	1.El Servicio de Laboratorio Clínico Cuenta con personal capacitado y cualificado 2. En el laboratorio clínico se realiza control de calidad a las muestras que ingresan al laboratorio clínico con el fin de garantizar resultados oportunos y pertinentes, por otra parte se realiza correlación clínica con el diagnóstico y resultados de laboratorio en caso de alguna inconsistencia se realiza llamada al servicio correspondiente.	1 Formato de verificación y correlación clínica 2. Libro de nueva tomas de muestra por resultados críticos 3. Libro de recepción de muestra 4. Protocolo de toma de muestra de laboratorio clínico en los diferentes servicios 5. Manual de toma de Muestra 6. Listado de asistencia del talento humano en la capacitación en la correcta toma de muestra del Laboratorio Clínico 7. Indicador de errores en la toma de muestra	garantizar la correcta solicitud de los exámenes clínicos por parte del talento humano de medicina general y especializada (Calidad - MECI/Abierto) garantizar la correcta toma de muestra de los laboratorios clínicos en todos los servicios asistenciales	Laboratorio Clínico	5	5	4	100
29	29 - AsPL7	1 La ESE cuenta con un programa Materno Infantil, el cual tiene la capacidad instalada para prestar servicios gineco-obstetras, pediátricos y neonatal, igualmente tiene documentado y estandarizado todos los criterios específicos para la atención materno infantil y el cuidado con el Recién Nacido (procedimientos, guías, protocolos) ofreciendo atención oportuna, pertinente, accesible, segura y óptima, con Talento Humano idóneo y especializado personal 24 horas. 202. Estándar 28. Cód. (AsPL7). La organización tiene estandarizado los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones. 2.27 de igual forma existe coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a madres de alto riesgo y su hijo. 2. La ESE cuenta con consejería psicológica y emocional a las paciente en trabajo de parto y cuidado del recién nacido, abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fatales, procedimientos de resuscitación, lactancia materna 3. Existe un programa de donación de órganos en el cual se ofrece apoyo espiritual y emocional, el cual esta articulado con la secretaría de salud departamental y ministerio de salud. 4. Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico). 5. Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica. 6. Valoración	1.Registro fotográfico de identificación de lugares y servicios necesarios para la atención, Guía de muerte encefálica adultos y niños niñas. 2. Cuenta con área de atención del parto de emergencia y cuidados del recién nacido. 3. Guía de cogido rojo para intervenir oportunamente a madres de alto riesgo. 3. Resolución No. 0394 de 2014 por la cual se crea el comité de seguimiento de la Morbilidad Materna Extrema. 4. Constancia de plan de cargo según acuerdo No. 228 de 2014 se evidencia Profesional Universitario en nutrición y dietética 5. Cuenta con Banco de Leche Humana 6. Formato de prescripción de lactancia materna. 7. Soporte con la curia del municipio de Valledupar 8. Documento soporte suficiencia de personal. 9. Procedimiento de interconsultas. 10. Guía de criterio de ingreso a UCN - UCIA. 11. Contrato de psicología a y trabajo social 12. Evidencia de evoluciones nutricionales en historia clínica 13. Guía de remisión a programas de promoción y prevención en el servicio materno infantil 14. Se cuenta con el formato de remisión a los programas de promoción y prevención 15. Registro de educación brindada al paciente en el consultorio de valoración prequirúrgica en consulta externa 16. Constancia de Vacunación 17. Primera cita con pediatría a los 3 días 18. Reporte de TSH.	Garantizar que el servicio de nutrición preste una atención oportuna y oportuna a los pacientes hospitalizados en la ese	Proceso Materno Infantil	5	5	5	100
30	30 - AsPL8	NA							

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	50 / 69

31	AsPL9	La ESE cuenta con un registro firmado por el paciente en el cual autoriza conscientemente a someterse a procedimiento quirúrgico indicado por el médico tratante, el cual incluye los beneficios, los riesgos y las alternativas. 2. Existe un Consentimiento especial y específico de un proyecto de investigación del paciente, en el que se le explican: objetivos, beneficios y los inconvenientes del mismo. 3. Se tiene definido el consentimiento para procedimientos de enfermería en el cual se describe los beneficios, riesgos de estos. 4. Se implementa consentimiento informado de transfusión sanguínea y estudios radiológicos. 5. Educación al paciente y familiares al egreso de la institución - Autocuidado.	1.Formato de consentimiento informado médico 2. Formato de consentimiento informado de procedimientos de enfermería 3.Formato de consentimiento informado según investigación. 4.Formato de consentimiento informado para transfusión sanguínea. 5.Formato de estudios de imagenología 6.Registro de firmas de entrega de folletos de autocuidado por patología.	1.Fortalecer el diligenciamiento adecuado y oportuno de los consentimientos informados por parte de los médicos especialistas. 2.Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos.	Procesos Asistenciales, Calidad (seguridad Paciente)	5	5	5	125
32	AsPL10	1La ESE cuenta con formatos de consentimiento y disenso informado firmado por el paciente en el cual autoriza o niega conscientemente a someterse a procedimientos indicado por el medico tratante, el cual incluye los beneficios, los riesgos y las alternativas. Los formatos: - Formato de consentimiento y disenso informado proyecto de investigación - Formato de consentimiento de anestesia. - Formato de consentimiento y disenso quirurgico - Formato de consentimiento y disenso de enfermería - Formato de consentimiento de transfusión sanguínea - Formato de consentimiento informado de imagenología - Formato de consentimiento Prueba VIH - Formato de consentimiento y disenso informado de IVE.	1Formato de consentimiento y disenso informado proyecto de investigación 2.Formato de consentimiento de anestesia. 3.Formato de consentimiento y disenso quirurgico 5.Formato de consentimiento y disenso de enfermería 6.Formato de consentimiento de transfusión sanguínea 5.Formato de consentimiento informado de estudios de imagenología 6.Formato de consentimiento Prueba VIH 7.Formato de consentimiento y disenso informado de IVE.	1.Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos.	Procesos asistenciales; calidad (seguridad Paciente)	5	5	5	125
33	AsPL11	1 La ESE cuenta con el programa de Humanización socializado y documentado. 2. Se realizan actividades en servicios claves. 3. La institución cuenta con apoyo espiritual y emocional	1.Programa de humanización vigencia 2018 con sus soportes	1 Ampliar, socializar y publicar el alcance del apoyo espiritual con enfoque diferencial - Creación del listado de líderes espirituales. 2. Definición de espacio para acompañamiento espiritual	Talento Humano, Docencia Servicio, Sistema Integrado de Calidad	5	5	5	125
34	AsPL12	1 La ESE cuenta con un Plan de tratamiento por paciente liderado por cada médico tratante. 2.La ESE cuenta con Servicio infectología adulto y pediátrico. 3.La ESE cuenta con mecanismos para separación de medicamento LASA	1. Planes de tratamiento por paciente. 2. Sistema de Información DG/módulo HC/Órdenes médicas 3. Contrato servicio de infectología. 4. Documento soporte Separación de medicamentos LASA	1. Fortalecer la política de farmacovigilancia institucional. 2. Gestionar mecanismos para involucrar el servicio de farmacia en la política de uso racional de antibióticos. 3. Establecer mecanismos para la reconciliación de medicamentos al ingreso de los usuarios.	Farmacia	5	5	5	125
35	AsPL13	1 La institución cuenta con un mecanismo soportado de investigación diagnóstica, de acuerdo a cada paciente. 2.La ESE cuenta con laboratorio clínico de mediana complejidad. 3. La ESE cuenta con imagenología de mediana y alta complejidad	1.HC por paciente y sus solicitudes diagnósticas y complementarias. 2.Documento REPS	1. Fortalecer la constancia de la información brindada escrita en la historia clínica.	Coordinación Asistencial, Calidad	4	4	4	64
36	36 - AsPL14	1 La ESE realiza toma muestras intrainstitucional e interinstitucional.	1. Protocolo de toma de muestras intrainstitucional. 2. Protocolo de toma de muestras interinstitucional.	1. Implementar el seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos.	Laboratorio Clínico	4	4	4	64
37	37 - AsPL15	1 La ESE cuenta con servicio de laboratorio clínico e imagenología 2. La institución cuenta con responsables por servicios	1 Documento REPS 2.Contrato de Imagenología	1 Crear mecanismos para evaluación de los servicios de laboratorio clínico e imagenología 2. Implementar la medición de la oportunidad de los reportes	Laboratorio Clínico	4	4	4	64

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECL- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	51 / 69

38	38 - AsPL16	1. La ESE cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, imágenes)	1. Registros de reporte de Laboratorio clínico e imagenología. 2. Sistema de información Winsislab e interface de imagenología con DG institucional	1. Mejorar los tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. 2. Garantizar la disponibilidad de insumos durante la vigencia. 3. Estandarización	Laboratorio Clínico	4	4	4	64
39	39 - AsPL17	1. El laboratorio Clínico cuenta con control de calidad interno diario y externo según amerite que garantice la calidad del procesamiento de muestras, este proceso se encuentra debidamente documentado e implementado con su análisis respectivo, en caso de alguna desviación se toman medidas correctivas, que permiten actuar proactivamente antes del procesamiento. 2. Se calibra los equipos según el	1. Registro de los resultados del control interno 2. Registro del resultado del control externo	1. Garantizar el autocontrol del procesamiento mediante indicadores de calidad 2. Identificar los procesos comparativos nacionales e internacionales en el área de microbiología y uroanálisis	Laboratorio Clínico	4	4	4	64
40	40 - AsPL18	1. La ESE cuenta con procesos estandarizados para el control y prevención de infecciones. 2. La ESE cuenta con un programa de seguridad paciente, el cual tiene como líder una referente, además se encuentran activos los comités de infecciones, seguridad paciente, los cuales se reúnen según programación de cronograma. 3. Para los procesos infecciosos se cuenta con médico especialista en infectología, quien valora y brinda el manejo terapéutico con calidad según patología. 4. La ESE cuenta con una enfermera y epidemióloga para la medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. 5. El proceso se encuentra debidamente documentado, socializado y medido en la ESE (Manuales, Guías, Protocolos, Formatos)	1. Guía de prevención de infecciones. 2. Protocolo de aislamiento. 3. Actas de comité de infecciones. 4. Informe de perfil de infecciones 2018.	1. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de insumos para prevención de infecciones intrahospitalarias. 2. Fortalecer competencias en el talento humano en manejo de la higiene hospitalaria. 3. Diseñar e implementar el uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, nutrición parenteral con certificación BPM	Calidad (seguridad Paciente), Infectología	5	5	5	125
41	41 - AsEJ1	1. La ESE cuenta con planes de tratamiento que incorporan de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia. 2. Cuenta con un sistema de información DG para el diligenciamiento y seguimiento de los planes. 3. Cuenta con el servicio de auditoría concurrente para seguimiento. 4. Cuenta con equipo interdisciplinario en salud idóneo y de acuerdo a la mediana y alta complejidad de la ESE.	1. Contrato de prestación del equipo salud vigencia 2018. 2. Contrato nutricionista pediátrica. 3. Evidencia del plan de tratamiento de DG.	1. Establecer un mecanismo para realizar seguimiento a la oportunidad y efectividad de las interconsultas. 2. Contar con el servicio de nutrición clínica hospitalaria para adultos. 3. Diseñar e implementar los planes de cuidados de manera sistematizada en toda la institución.	Procesos Asistenciales	4	4	4	64
42	42 - AsEJ2	La institución brinda la educación e información al usuario y su familia durante la ejecución del tratamiento.	1. Planes de autocuidado. 2. Registro de entrega de planes de autocuidado puerperio, UCIN, UCIA adulto, Cirugía, Infectología, pediatría, Urgencias, Hospitalización	1. Implementar que los profesionales médicos brinden información necesaria y suficiente de resultado de exámenes y procedimientos diagnósticos, con adecuado entendimiento por el usuario y familiares. 2. Evaluar el entendimiento por parte del usuario de toda la información y educación recibida durante el proceso de atención. 3. Establecer el acompañamiento y asesoría al 100% para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedad catastrófica, cáncer y VIH o SIDA. 4. Cumplir con la socialización y entrega de los planes de autocuidado a los usuarios y su familia de acuerdo a su proceso de atención. 5. Contar con talento humano disponible para garantizar la comunicación incluyente en usuarios y usuarias con condición de discapacidad de lenguaje o auditiva, de la misma manera el enfoque etno-cultural	Procesos Asistenciales	4	4	4	64

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	52 / 69

43	43 - AsEJ3	La institución cumple en algunos servicios con el cuidado y el tratamiento basados en la mejor evidencia disponible.	1 Listas de chequeo de adherencia a guías y guías de Prácticas clínicas adoptadas por el Hospital Resolución 530 del 2017; ver software daruma Documentos/Resolución 530 del 2017	1Adoptar y adaptar las guías de práctica clínica en cada una de las áreas, según procesos normativos. 2. Socializar las guías de práctica clínica según áreas de servicios. 3. Realizar procesos de evaluación interna de historias clínicas valorando la adherencia y retroalimentación de estas por pares utilizando herramienta tecnológica daruma salud para tal fin.	Coordinación asistencial, Calidad;	5	5	5	125
44	44 - AsEJ4	La institución cuenta con el proceso para la identificación y atención a sobrevivientes de violencia sexual, maltrato infantil o violencia intrafamiliar.	Guías de manejo de violencia sexual, protocolo de sexuales y reproductivos, consentimiento informado para VIH en caso de violencia, Lista de chequeo de adherencia a violencia sexual, Protocolo IVE	1. Socializar y/o actualizar al talento humano que ingresa sobre la atención a sobrevivientes de violencia sexual 2. Revisar y ajustar el protocolo de violencia intrafamiliar. 3. Socializar guías de cadena de custodia. 4. Socializar IVE 5. Socializar DSR	Psicología, SIAU, Materno Infantil	5	5	5	125
45	45 - AsEJ5	La institución no cuenta con un proceso estandarizado para refrendar las peticiones que realice el usuario relacionado con su tratamiento, a pesar que la entidad cuenta con el proceso de socialización del código de ética y buen gobierno. Codigo de ética y buen gobierno. Comité de ética hospitalaria.	1.Código de ética y buen gobierno. 2.Comité de ética hospitalaria.	1.Sensibilizar y reafirmar con los profesionales los derechos y deberes de los usuarios relacionados con el manejo de su enfermedad. 2. Estandarizar el proceso que define cuando un usuario solicite otro concepto de su estado de salud a nivel institucional	Coordinación Asistencial	4	4	4	64
46	46 - AsEJ6	1. La institución cuenta con una estrategia estandarizada Seguridad del paciente. 2. La institución cuenta con la estrategia IAMI INTEGRAL Y AIEPI CLINICO para la población materna e infantil documentadas a través de actos administrativos, cuenta con material, estrategias de información, educación y comunicación y servicios especializados en la educación en salud.	1. Actos administrativos de la estrategia IAMI INTEGRAL /AIEPI CLINICO. Ver módulo Documentos/Resolución 452 del 2016 y Resolución 459 del 2016 2. Material IEC para la educación en salud de los servicios de Banco de Leche Humana y Metodo Madre Canguro. 3. Se cuenta con el programa de seguridad a paciente que visibiliza las metas internacionales a favor del usuario y familia hospitalizado.	Desarrollar un programa y/o estrategia de educación en salud en las otras áreas de servicios de la entidad.	Coordinación Asistencial, SIAU, procesos asistenciales	4	4	4	64
47	AsEVA 1	1. La institución revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica. 2. cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales para los casos de eventos	1. Resultados de evaluación de casos por eventos adversos. 2. Contrato de IETS	1. Implementar el sistema de seguimiento y evaluación de adherencia de HC basados en recomendaciones trazadoras. 2. Optimizar la herramienta tecnológica (daruma Salud)	Coordinación Asistencial, Calidad	5	5	5	125
48	AsEVA 2	1. La institución cuenta con el proceso estandarizado que revisa sistemáticamente y periódicamente las PQRS de la entidad y son de conocimiento de las áreas respectivas, liderado el proceso con la oficina de atención al usuario. 2. La institución cuenta con una Asociación de Usuarios y Comité de Ética Hospitalaria	1. Proceso de PQRS documentado liderado por la oficina del SIAU. 2. Oficios de remisiones de las PQRS a los servicios. 3. Informe final de PQRS 2018.	1. Realizar planes de mejoramiento de las PQRS para estar en línea la retroalimentación de los diferentes servicios de la entidad. 2. Apoyar con herramientas tecnológicas (Daruma salud) innovadoras el proceso consolidación, planes de mejoramiento de	SIAU	4	4	4	64
49	AsEVA 3	No existe un proceso que permita identificar a los usuarios/as consultadores crónicos.	No existe	cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar la atención a usuarios denominador consultador crónico	Coordinación Asistencial	5	5	5	125
50	AsEVA4								

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.cu

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECL- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	53 / 69

51	AsSAL1	La institución cuenta con el proceso de egreso de usuario externo estandarizado por servicios asistenciales.	1. Proceso de egreso del usuarios. 2. Planes de autocuidados por servicios 3. Registro de entrega de autocuidados 4. Registro de asignación de cita control en puerperas (7-10 días) y recién nacidos (3 días)	1. Actualizar los folletos de autocuidado basado en las GPC a familias. 2. Establecer estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios 3. Establecer proceso donde el profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención, seguimiento y manejo en casa o en otra entidad. 4. Establecer mecanismos para diseñar e implementar los planes de cuidado escritos al egreso	Procesos Asistenciales	5	4	4	100
52	AsSAL2	La institución cuenta con coordinación con el ICBF seccional Cesar, modalidad MADRES COMUNITARIAS FAMI Y MODALIDAD FAMILIAR para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y la estrategia IAMI INTEGRAL en lo relacionado con la salud materna e infantil que egresa de la ESE 2. La ESE articula con las entidades territoriales de salud las normas nacionales y territoriales de salud pública realización COVE que den lugar 3. La institución realiza procesos de investigación con entidades nacionales e internacionales en beneficio de la salud pública.	1. Copia contrato interadministrativo No. 1946 de 2018 con el departamento del Cesar, que refrenda acciones para la promoción y prevención de enfermedades como la desnutrición infantil, promoción de la lactancia materna con madres FAMI, Reseña fotográfica de los eventos de capacitación a madres comunitarias Certificación del ejercicio de consejería en lactancia materna con enfoque comunitario según la OMS. 2. Fortalecimiento de competencias en talento humano de IPS públicas y privadas del departamento del Cesar en manejo de la desnutrición infantil aguda moderada o severa: contrato 426 del 2018. 3. Convenio Filmaray. 4. Convenios docencia y servicios.	1. Adaptar y adaptar las RIAS relacionadas con la mediana y alta complejidad que permita la articulación en salud después de la salida del paciente.	Epidemiología, Calidad (seguridad Paciente)	5	4	4	80
53	AsREF1	La institución cuenta con servicio de referencia y contrarreferencia, donde se lidera proceso de referencia y contrarreferencia no motivadamente.	1. Proceso de referencia y contrarreferencia. 2. Formato de referencia y contrarreferencia sistematizado. 3. Bitácora o copia de informe mensual de la vigencia 2018 de las remisiones y contrarremisiones aceptadas por el hospital	1. Implementar un proceso de incorporación de los documentos del proceso de referencia y contrarreferencia de los usuarios. 2. Establecer mecanismos para medir la adherencia y eficiencia del proceso de referencia. 3. Implementar vías de comunicación para realizar seguimiento a los pacientes que se remiten a otras instituciones, facilitando una posible contrarreferencia.	Urgencias	5	5	4	100
54	AsREF2	La institución cuenta con los siguientes servicios específicos: laboratorio clínico e imagenología, remisión de usuarios de urgencias y a programas de promoción y prevención, el cual realiza el proceso de remisiones.	1. Proceso de remisiones y/o solicitudes de estudios de laboratorio clínico e imagenología. 2. Formato de entrega al usuario de su reporte de estudio, formato de envío y recibidos de muestras remitidas. 3. Formato de referencia de usuarios. 4. Folleto Recomendaciones para la toma de exámenes 5. Procesos de referencia y/o contrarreferencia en todos los servicios, incluyendo laboratorio clínico. 5. Informe de alarmas críticas de laboratorio clínico	1. Fortalecer proceso de remisión a programas de Promoción y Prevención del servicio materno infantil. 2. Con relación al proceso de remisión del servicio de urgencias, se debe priorizar un proceso que permita verificar la pertinencia de las remisiones y el seguimiento y monitoreo de las mismas. 3. Establecer el proceso de remisión de usuarios a programa de promoción y prevención, incluyendo la posibilidad de conocer si el usuario fue atendido.	Coordinación Asistencial	5	5	4	100
55	AsREF3	La institución cuenta con referencia y contrarreferencia en servicio de Laboratorio clínico y sus respectivos protocolos de envío y recibido de muestras remitidas, además de sistema de información al usuario sobre el procedimiento a seguir en caso de remisión.	1. Manual de referencia y contrarreferencia del laboratorio clínico, formatos de envío de muestras. 2. Contratos con laboratorios de referencia para muestras de laboratorio clínico. 3. Existe política de comparación con las mejores prácticas relacionadas con el laboratorio de salud pública.	Ampliar contratación con otras entidades que permitan mejorar la oferta para envío de muestras de laboratorio clínico.	Laboratorio Clínico	4	4	4	64
56	AsREF4	La institución cuenta con el servicio de imagenología tercerizado, sin embargo, es el profesional tratante el que define el mecanismo para el trámite en caso de remisión por requerir un estudio imagenológico otra complejidad diferente a la institucional	1. Contrato de imagenología vigencia 2018. 2. Protocolo de atención a los usuarios según estudio imagenológico		Imagenología	4	4	4	64
57	AsREF5			N/A					

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: mecl@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECL- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	54 / 69

58	AsREF6	No existe	No existe	Implementar y socializar estandarizado el tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, incluye el proceso de seguimiento, monitorización y planes de mejora en caso de desviaciones.	Coordinación Asistencial, Calidad	5	5	5	125
59	AsSIR1			N/A					
60	AsSIR2			N/A					
61	AsSIR3			N/A					
62	AsSIR4			N/A					
63	AsSIR5			N/A					
64	AsSIR6			N/A					
65	AsSIR7			N/A					
66	AsSIR8			N/A					
67	AsSIR9			N/A					
68	AsSIR10			N/A					
69	AsSIR11			N/A					
70	AsSIR12			N/A					
71	AsSIR13			N/A					
72	AsSIR14			N/A					
73	AsSIR15			N/A					
74	AsSIR16			N/A					
75	AsMCC1	La ESE utiliza el PAMEC como herramienta del Programa de mejoramiento continuo aplicando la ruta critica	1.PAMEC 2018, 2. Ejecución del PAMEC, analisis de los resultados, socialización del PAMEC.	Fortalecer las acciones de mejora para lograr una tendencia positivas en la medición	Calidad	5	5	5	125

Criterio de Priorización: Los estándares priorizados deberán **tener una puntuación de 125** con disponibilidad presupuestal para realizarlo, por otra parte se tendrá en cuenta no priorizar demasiados estándares a fin de poder ser ejecutados en el tiempo estipulado, se seguirán trabajando los estándares que el PAMEC anterior no se ejecutaron.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	55 / 69

10.1.4. Definición de la calidad esperada

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López define la calidad esperada como la meta deseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, es evidente que esta planificación está enfocada a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacten en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

Para la definición de este PAMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera lograr el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas y a su vez se busca pasar una autoevaluación de los estándares asistenciales 1.74 a 1.84 de decir un aumento 0.1.

Los indicadores diseñados son una herramienta de monitoreo que permite evaluar como la organización avanza hacia la meta del estándar priorizado, logrando con ello medir y monitorear los resultados de las acciones de mejora en el tiempo estipulado mensualmente hasta el 31 de diciembre del 2017. Por otra parte es importante resaltar que para seguir evaluando la calidad esperada se tendrá en cuenta los indicadores del sistema de información de la resolución 0256 de 2016.

Se Anexaran las fichas técnicas de indicadores

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	56 / 69

Matriz de indicadores

ITEMS	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META
1	Adherencia del cliente interno sobre los deberes y derechos del usuario externo	N° Usuarios externos que le aplicaron los deberes y derechos de los usuarios/total de cliente internos encuestados*100	Lograr una adherencia del 60%
	Eficacia en la Gestión de las PQR en el término de la ley	N° de PQR gestionadas/total de PQR*100	Análisis del 90% de las PQRS
2	Eficacia en el cumplimiento de la capacitación del cliente interno en investigación	N° de personas capacitadas/total de personas programadas	100%
	Porcentaje de cumplimiento en la implementación de documentos	N° de documentos implementados/Numero de documentos proyectados	1
5	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno	N° de pacientes que conocen sobre la seguridad del paciente/total de pacientes encuestados*100 Indicadores de seguridad resolución 0256 de 2016	Construir línea base
6	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el Talento Humano	Talento humano que tiene cultura de seguridad del paciente/total de pacientes encuestados*100 Indicadores de seguridad resolución 0256 de 2016	Construir línea base
7	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno	N° de pacientes que conocen sobre la seguridad del paciente/total de pacientes encuestados*100 Indicadores de seguridad resolución 0256 de 2016	Construir línea base
12	Oportunidad en la asignación de citas	Resolución 1552 de 2013 y resolución 0256 de 2016	Metas aprobadas institucionalmente
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en consulta externa Y triage II		
15	Oportunidad en la asignación de citas	Experiencia en la atención resolución 0256 de 2016	Metas aprobadas institucionalmente
	Percepción de la calidad en el servicio de consulta externa		
16	Porcentaje de cumplimiento en la implementación de documentos	N° de documentos implementados/Numero de documentos proyectados	1
	Oportunidad en la asignación de citas	Resolución 1552 de 2013 y resolución 0256 de 2016	Metas aprobadas institucionalmente
	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno	N° de pacientes que conocen sobre la seguridad del paciente/total de pacientes encuestados*100 Indicadores de seguridad resolución 0256 de 2016	Construir línea base

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	57 / 69

21	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno	N° de pacientes que conocen sobre la seguridad del paciente/total de pacientes encuestados*100 Indicadores de seguridad resolución 0256 de 2016	Construir línea base
26	Correlación clínica de los exámenes del laboratorio	N° de exámenes que cumplen con interpretación y correlación clínica/ total de exámenes revisados	Construir línea base
31	adherencia de los profesionales de medicina en la aplicación correcta de los consentimiento informado	N° de historias que cumplen con la aplicación correcta del consentimiento informado/total de historias revisadas	Construir línea base
39	Proporción de infecciones intrahospitalarias	Número de pacientes con Infección intrahospitalaria/ total de pacientes hospitalizados	Construir línea base
47	Eficacia en la Gestión de las PQR en el término de la ley	N° de PQR gestionadas/total de PQR*100	Análisis del 90% de las PQRS
55	Proporción de satisfacción global de usuarios en radiología	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/ Número de usuarios que respondieron la pregunta*100	90%
	Oportunidad en la realización de exámenes radiológicos	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza los exámenes radiológicos y la fecha en la que se solicita/ Número total de Exámenes radiológicos realizados	Construir línea base
74	Gestión en la ruta crítica	Fases de la ruta crítica realizada/total de fases de la ruta crítica*100	80%
	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad	N° de acciones de mejora realizadas/total de mejora programadas	90%

Fuente Matriz de ejecución de PAMEC 2017, HRPL

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	58 / 69

Matriz de Indicadores 0256 de 2016

DOMINIO	INDICADOR	FORMULA	META
SEGURIDAD	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo/ Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo* 1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencia	Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en urgencias en el periodo*1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo/ Total de personas atendidas en consulta externa*1000	Construir línea base
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica.	Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas/ Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica*1000	Construir línea base
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización/ Total de egresos de hospitalización*100	Construir línea base
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias/ Total de egresos de urgencias*100	Construir línea base
	Tasa de úlceras por presión.	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo/ Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización*1000	Construir línea base
	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso/ Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido*100	Construir línea base
	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/ Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo*1000	Construir línea base
	Proporción de cancelación de cirugía	Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución/ Número total de cirugías programadas*100	Construir línea base
	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	Número de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI (adulto o pediátrica o neonatal)/ Número de días ventilador mecánico en UCI (adulto o pediátrica o neonatal)*1000	Construir línea base

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	59 / 69

	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	Sumatoria de los casos nuevos de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter en un mes de seguimiento/ Número días catéter urinario en UCI (adulto, y pediátrica) en un mes de seguimiento*1000	Construir línea base
	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	Sumatoria de casos nuevos de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter en un mes de seguimiento/ Número días catéter central en UCI (Adulto o Pediátrica o Neonatal) en un mes de seguimiento*1000	Construir línea base
EXPERIENCIA EN LA ATENCION	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Ginecología de primera vez asignadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita/ Número total de Ecografías realizadas	Construir línea base
	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico/ Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado	20 minutos
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Cataratas y la fecha de realización/ Número total de cirugías de Cataratas realizada	Construir línea base

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	60 / 69

Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de programación de la Cirugía de Reemplazo de cadera y la fecha de realización/ Número total de cirugías de Cirugía de Reemplazo de Cadera	Construir línea base
Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/ Número de usuarios que respondieron la pregunta	90%
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?/ Número de usuarios que respondieron la pregunta	Construir línea base

Fuente: Resolución 0256 de 2016

oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina especializada	sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada y la fecha en la cual el usuario la solicitó/Número total de citas de Medicina Especializada	≤ 30 días
	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución*100	≤ 5 días
	Oportunidad en la atención gineco- obstétrica.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución*100	≤ 8 días
	Oportunidad en la atención de consulta de medicina interna.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución*100	≤ 15 días

Matriz de Indicadores 1552 de 2013

Fuente resolución 1552 de 2013

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	61 / 69

10.1.5. Medición inicial del desempeño de los procesos priorizados

En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López la medición inicial de las oportunidades de mejora priorizadas tienen como objetivo implementar unas herramientas que permitan establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a unas metas establecidas.

En esta etapa de medición del desempeño de los procesos priorizados se aplicaran:

- ✓ Reuniones Mensuales de socialización y seguimiento de las acciones implementadas frente a todos los grupos de autoevaluación
- ✓ Seguimiento de indicadores
- ✓ Documentación y aplicación del procedimiento de auditoria
- ✓ Seguimiento al plan para las oportunidades de mejora

En el momento de las reuniones mensuales se analizaran los resultados de los indicadores y el adelanto de las acciones implementadas y se compararan con las metas establecidas con la finalidad de implementar acciones correctivas en caso de la toma de decisiones que estas No cumplan.

Con lo anteriormente expuesto se pretende establecer una matriz de indicadores que permitirá evidenciar los resultados de forma práctica y concisa, a su vez facilitara observar el cumplimiento de las acciones implementadas en relación a los resultados esperados en calidad.

10.1.6. Formulación de plan de acción para el mejoramiento continuo de los procesos

El plan de acción para el mejoramiento continuo de los procesos es el mecanismo mediante el cual la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López actuará sobre las oportunidades de mejora identificadas, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción implementado es el producto del análisis de las oportunidades de mejora identificadas por los equipos de trabajo durante la autoevaluación, a las cuales se les implementaran acciones de mejora que serán estructuradas por el equipo

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	62 / 69

integrado de Calidad y los líderes de procesos. El PAMEC de la ESE estará bajo la responsabilidad del talento humano asignado para la ejecución de cada actividad, las cuales tienen un ciclo que cerrara a más tardar 31 de diciembre del presente año

10.1.7. Ejecución del plan de mejoramiento

Una vez realizada la socialización y establecimiento del compromiso por parte de cada uno de los actores implicados en la implementación del plan de acción de mejoramiento se procede a su ejecución de cada una de las actividades planeadas.

El PAMEC se encuentra definido por el ciclo PHVA, en donde el plan de acción de mejoramiento constituye la el primer Paso de este ciclo (planear). El paso siguiente, HACER, que consiste en la implementación de este, para ello es importante socializar a cada uno de los actores implicados sobre la metodología a aplicar, Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario; VERIFICAR es hacer seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades planificadas y ACTUAR que implica implementar acciones correctivas tan pronto sean identificadas

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	63 / 69

PLAN DE MEJORAMIENTO

ESTAN DAR	QUE (OPORTUNIDAD DE MEJORA)	ACCIONES DE MEJORAMIENTO (COMO)	DONDE	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN (QUIEN)	PORQUE	INDICADOR	META
1 - AsDP1	Garantizar que todos los usuarios con idiomas dialectos diferentes al español sean informados entendidos por una compañía con capacidad de comprensión de los deberes y derechos	Convocar Reunión a los diferentes líderes de las Etnias. Socializar a los líderes de las diferentes Etnias los deberes y derechos de los Usuarios.	Todos los Procesos institucionales	Líder de Talento Humano	Mejorar la Comunicación con nuestros Usuarios	Adherencia del cliente interno sobre los deberes y derechos del usuario externo	Lograr una adherencia del 60%
		Definir el líder del programa de Discapacidad Capacitar Personal que labore en la ESE sobre lenguaje Signado		Líder de SIAU	Para dar cumplimiento a la legislación Nacional sobre discapacidad	Satisfacción Global del Usuario	90%
3 - AsDP2	Actualizar código de ética y buen gobierno	Revisar el Código de Ética y Buen Gobierno Versión 3. Ajustar el Código de Ética y Buen Gobierno Socializar ante el Comité de MIPG Aprobar El nuevo Código de Ética, mediante resolución Socializar y Publicar en la Pagina Institucional	Planeación	Planeación	Para determinar el comportamiento ético de la organización y sus miembros, su forma de organización y operación y las relaciones de gobierno aplicables	Realización de Actividades	100%
5 - AsSP1	Implementar los Riesgos según metodología AMFE	Definir los Procesos o servicios a los cuales se les va a implementar los Riesgos según metodología AMFE Diseñar y Aprobar los Riesgos Según Metodología AMFE Socializar los Riesgos Identificados según Metodología AMFE	Todos los procesos institucionales	Calidad, Referente de Seguridad, Líderes de Procesos	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos de la ESE	Construcción de los Riesgos	80%
6 - AsSP2	Estandarizar la metodología AMFE para identificar factores de Riesgos fallas efectos. Hacer seguimiento a los eventos adversos. Reforzar la medición de la cultura de la seguridad paciente.	Definir los Procesos o servicios a los cuales se les va a implementar los, Riesgos según metodología AMFE Diseñar y Aprobar los Riesgos Según Metodología AMFE Socializar los Riesgos Identificados según Metodología AMFE	Procesos asistenciales Priorizados	Proceso de Calidad (Referente de Seguridad)	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos; fomentar cultura de reporte de eventos adversos para minimizarlos	Construcción de los Riesgos	80%

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	64 / 69

		Diseñar capacitación de eventos adversos (metodología protocolo de Londres) según el perfil profesional. Capacitar Sobre eventos Adversos (metodología protocolo de Londres) Según el perfil profesional Evaluar la capacitación	Procesos asistenciales Priorizados	Proceso de Calidad (Referente de Seguridad)	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos; fomentar cultura de reporte de eventos adversos para minimizarlos	Gestión de reporte de los Eventos Adversos	90%
		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	Todos los procesos institucionales	Referente de Seguridad	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos; fomentar cultura de reporte de eventos adversos para minimizarlos	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno	80%
7 - AsSP3	Realizar la medición de la adherencia de las guías buenas prácticas de seguridad del paciente que apliquen a la Institución. Reforzar la implementación de todas las recomendaciones de las guías técnica de buenas prácticas de seguridad paciente.	Diligenciar las encuestas y/o listas de chequeos relacionadas guías buenas prácticas de seguridad del paciente Tabular las encuestas y/o listas de chequeos relacionadas guías buenas prácticas de seguridad del paciente Analizar información e implementar acciones de mejora las guías buenas prácticas de seguridad del paciente	Todos los procesos institucionales	Referente de Seguridad	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos; fomentar cultura de reporte de eventos adversos para minimizarlos	Adherencia de la cultura de seguridad del paciente	80%
8 - AsSP4	Fortalecer al talento humano sobre la adherencias de las técnicas de aislamiento	Socializar el Manual de la técnicas de aislamiento Medición de las técnicas de aislamiento	Todos los procesos institucionales	Referente de Seguridad	Fortalecer la cultura de seguridad del paciente a fin de identificar y controlar los riesgos; fomentar cultura de reporte de eventos adversos para minimizarlos	Proporción de cumplimiento en las técnicas de aislamiento	70%
19- AsAC8	Medir el cumplimiento recomendaciones dadas al paciente para su Preparación.	Priorizar las recomendaciones a medir de la preparación del paciente Realizar lista de chequeo para la medición a las recomendaciones de preparación del paciente	Procesos Asistenciales priorizados	Coordinadores de Procesos asistenciales (Urgencia, cirugía y hospitalización) y Referente de seguridad	Asegurar una correcta preparación del paciente antes de iniciar procedimientos	Porcentaje de cumplimiento en la preparación del paciente	Creación de listas de Chequeo
24 - AsPL5	Definir las guías prácticas de guías clínicas con evidencia científica para los diferentes servicios de la institución	Verificar las guías Transversales en los diferentes servicios Implementar las guías priorizadas Medir las GPC	Procesos Asistenciales priorizados	Coordinadores de Procesos asistenciales (Urgencia, cirugía y hospitalización) y Referente de seguridad.	Garantizar práctica clínica basada en evidencia científica	Correlación clínica de los exámenes del laboratorio	Construir línea base

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	65 / 69

31 - AsPL10	<p>1. Fortalecer el diligenciamiento adecuado y oportuno de los consentimientos informados por parte de los médicos especialistas.</p> <p>2. Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos.</p>	<p>Revisar los consentimiento informados que aplican en la institución y realizar ajuste en caso necesario</p> <p>Socializar el consentimiento medico</p>	Procesos Asistenciales priorizados	Coordinadores de Procesos asistenciales (Urgencia, cirugía y hospitalización) y Referente de seguridad.	Con el fin de Aplicar el principio de autonomía del Paciente.	Porcentaje de capacitación del talento humano	Lista de asistencia a capacitación de consentimiento informado
32 - AsPL11	<p>Capacitar a los médicos especialistas sobre la importancia del consentimiento informado en los procedimientos.</p>	<p>Revisar los consentimiento informados que aplican en la institución y realizar ajuste en caso necesario</p> <p>Socializar el consentimiento medico</p>	Procesos Asistenciales priorizados	Coordinadores de Procesos asistenciales (Urgencia, cirugía y hospitalización) y Referente de seguridad.	Con el fin de Aplicar el principio de autonomía del Paciente.	Porcentaje de capacitación del talento humano	Lista de asistencia a capacitación de consentimiento informado
40 - AsPL18	<p>1. Garantizar la disponibilidad y oportunidad de insumos para prevención de infecciones intrahospitalarias.</p> <p>2. Fortalecer competencias en el talento humano en manejo de la higiene hospitalaria.</p> <p>3. Diseñar e implementar el uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, nutrición parenteral con certificación BPM</p>	<p>Revisar el comité de infecciosas y reorganizar</p>					
43 - AsEJ3	<p>Adoptar y adaptar las guías de práctica clínica en cada una de las áreas, según procesos normativos.</p> <p>2. Socializar las guías de práctica clínica según áreas de servicios.</p> <p>3. Realizar procesos de evaluación interna de historias clínicas, valorando la adherencia y retroalimentación de estas por pares utilizando herramienta tecnológica Daruma salud para tal fin.</p>	<p>Implementar y medir las GPC priorizadas en la ESE HRPL</p>	Procesos Asistenciales priorizados	Coordinadores de Procesos asistenciales (Urgencia, cirugía y hospitalización) y Referente de seguridad.	Garantizar práctica clínica basada en evidencia científica	Indicadores propios de cada GPC	Medición de indicadores

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	66 / 69

44 - AsEJ4	<p>1. Socializar y/o actualizar al talento humano que ingresa sobre la atención a sobrevivientes de violencia sexual</p> <p>2. Revisar y ajustar el protocolo de violencia intrafamiliar.</p> <p>3. Socializar guías de cadena de custodia.</p> <p>4. Socializar IVE</p> <p>5. Socializar DSR</p>	<p>1. Realizar proyecto de capacitación sobre Violencia sexual Organizar el evento Ejecutar capacitación a los diferentes profesionales a fin de ser certificados</p> <p>2. Revisar el protocolo de Violencia Familiar Ajustar el protocolo de violencia Familiar</p> <p>3. Revisar Protocolo de Interrupción Voluntaria del Embarazo Ajustar en caso necesario el protocolo de interrupción del embarazo Socializar Protocolo de interrupción del embarazo Revisar, ajustar en caso necesario y socializar Documento sobre derechos sexuales y reproductivo</p>					
47- AsEVA 1	<p>Implementar el sistema de seguimiento y evaluación de adherencia de HC basados en recomendaciones trazadoras.</p> <p>2. Optimizar la herramienta tecnologico (daruma Salud) para la revision del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica</p>						
49- AsEVA 3	<p>Diseñar un proceso para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar la atención a usuarios denominador consultador crónico.</p>						
58- AsREF 6	<p>Implementar y socializar estandarizado el tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, incluye el proceso de seguimiento,</p>						

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co



PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL. (PAMEC 2019).

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	67 / 69

	monitorización y planes de mejora en caso de desviaciones.						
75-AsMCC 1	Fortalecer las acciones de mejora para lograr una tendencia positivas en la medición						

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	68 / 69

10.1. 8 Evaluación del plan de mejoramiento

Lograr los objetivos y las metas trazadas es la finalidad de este plan de mejoramiento institucional, por ello es importante hacer seguimiento y evaluar periódicamente los avances en las actividades planificadas. Un elemento clave en este proceso es el seguimiento por parte de los líderes de procesos en cabeza con el líder de calidad, permitiendo con ello determinar si el resultado final de cada acción se encuentra en estado de: **desarrollo, completo, atrasado, No iniciado**

En el hospital Rosario Pumarejo de López se estableció para la evaluación de la efectividad en el cumplimiento de las actividades, es decir que impacto han logrado estas en la ESE, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos en el PAMEC y los de obligatorio cumplimiento.

Según lo expresado anteriormente los indicadores se convierten en una herramienta de medición que permite evaluar el cumplimiento de dichas actividades, en relación a esto se implementó como estrategia el análisis mensual de los resultados obtenido, lo que permite hacer monitoreo periódicamente y ajustes de acuerdo a los análisis, recordar que los logros serán a través del tiempo y con constancia.

Como institución pública es importante resaltar la labor de control interno el cual participara en la evaluación y seguimiento de este. A final de año se consolidará el seguimiento al plan de mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité del Sistema integrado de calidad.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos 4 meses los resultados de las acciones planteadas. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co

Proyecto: MALOLY FRANCO Líder MECI- Calidad.



**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA E.S.E HRPL.
(PAMEC 2019).**

CÓDIGO	MN-GC-MC-01
VERSIÓN	OCTAVA
FECHA	MAYO/2019
HOJA	69 / 69

10.1.9. Aprendizaje organizacional

Al hacer referencia al aprendizaje organizacional, en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López se establece como un proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y actitudes para el desarrollo de recursos hacia la mejora de estos aspectos. En esta fase de la ruta crítica se toman decisiones definitivas en relación a los resultados obtenidos que conlleven a establecer estándares que permitirían hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En el mes de enero del año 2018, se realizara retroalimentación de los resultados obtenidos, de los informes y seguimientos realizados a fin de generar un aprendizaje organizacional a partir 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.

Por último y al igual que en los pasos anteriores, el aprendizaje institucional tiene como meta la estandarización de los procesos, una vez se ha logrado los resultados esperados los equipos de autoevaluación como gestores del Plan de Mejoramiento continuo tomaran el acervo evidenciable y en común acuerdo tomaran decisiones que permitirían los ajustes pertinentes en la ESE.

En el Hospital Rosario Pumarejo de López cuando se refiere al término estandarizar se hace alusión a la formulación, documentación, implementación y adherencia de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados. En lo entendido de esta metodología se busca cumplir el alcance de las metas señaladas a fin de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

¡Creciendo para todos con calidad!

Calle 16 Avenida La Popa No. 17-141 teléfono: 5748452 Fax: 5748451

E-mail: meci@hrplopez.gov.co