



# E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Carrera 11 No. 27 - 27 / 8-7405030  
Tunja - Boyacá - Colombia

[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)

e-mail. [acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co](mailto:acreditacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co)



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

## ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD  
PAMEC  
INFOME SEGUIMIENTO PAMEC CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2017**



*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

**DICIEMBRE 2017**

*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

## 1. INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que dentro del Plan de desarrollo 2016-2020, se estableció como meta la obtención de la certificación en Acreditación en Salud, en busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2017 con enfoque de acreditación, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2017, donde se presenta un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

## 2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se han venido reuniendo para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo. Sin embargo teniendo en cuenta las oportunidades de mejora como resultado del Diagnostico de acreditación realizado en el mes de Marzo de 2017 por la firma consultora FDF S.A.S, los grupos de acreditación y su funcionamiento, establecidos en Manual PAMEC CA-M-12, se vienen modificando y fortaleciendo de acuerdo a la metodología propuesta por el ICONTEC.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC 2017 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento, realizando seguimiento al cumplimiento de éstas, por parte de la oficina de calidad trimestralmente.

Por otro lado es importante mencionar que la Gobernación de Boyacá y la E.S.E Hospital San Rafael Tunja vienen aunando esfuerzos para fortalecer el proceso de acreditación, por lo que se está a la espera de concretar la participación del Hospital en el proyecto "Cofinanciar el Plan de Mejora establecido para el proceso de Acreditación en la vigencia 2018 a las Entidades seleccionadas", liderado por la Gobernación de Boyacá, y así poder contar con el apoyo y acompañamiento de una entidad experta en acreditación para la armonización e implementación del PAMEC 2018.

### 3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2017

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 28 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2017.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	4	5-7-23-33	4
Direccionamiento	4	81-82-84-86	4
Gerencia	3	97-100-101	3
Talento humano	3	105-109-115	3
Ambiente físico	3	125-126-127	3
Gestión de la tecnología	6	134-135	2
Gerencia de la información	3	147-148-149	3
Mejoramiento de la calidad	2	155-158	2
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>		<b>24</b>

### 4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2017

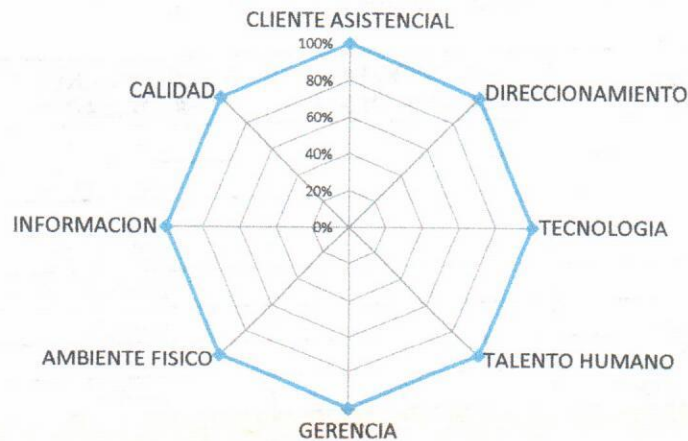
Se realizó seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación, teniendo en cuenta el cronograma establecido en PAMEC 2017 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá y al formato de seguimiento establecido en la institución, donde se observa que de las 28 acciones de mejora establecidas, se encuentran en su totalidad en estado completo.

En la siguiente tabla se muestra, a corte 31 de Diciembre de 2017, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE PAMEC 2017 - HSRT																		
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD		TOTAL
		4	100%	4	100%	3	100%	3	100%	3	100%	6	100%	3	100%	2	100%	
	COMPLETO	4	100%	4	100%	3	100%	3	100%	3	100%	6	100%	3	100%	2	100%	28
	EN DESARROLLO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	ATRASADAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	NO INICIADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	<b>PORCENTAJE DE EJECUCION</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	ACCIONES EVALUADAS	4		4		3		3		3		6		3		2		28
AVANCE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS PAMEC 2017	4		4		3		3		3		6		3		2		28
	ACTIVIDADES COMPLETAS	4		4		3		3		3		6		3		2		28
	<b>%CUMPLIMIENTO PAMEC 2017</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

Fuente: Oficina de calidad

## CUMPLIMIENTO PAMEC 31/Dic/2017



Fuente: Oficina de calidad

La E.S.E Hospital San Rafael Tunja realizó seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad vigencia 2017, trimestralmente desde la oficina de calidad a cada una de las acciones establecidas en los grupos de estándares de acreditación. Se anexa matriz de seguimiento en cada uno de los grupos de estándares de acreditación:

- Anexo 1: Grupo de estándares cliente asistencial
- Anexo 2: Grupo de estándares Direccionamiento
- Anexo 3: Grupo de estándares Gerencia
- Anexo 4: Grupo de estándares Gerencia del Talento Humano
- Anexo 5: Grupo de estándares Gerencia del Ambiente Físico
- Anexo 6: Grupo de estándares de Gestión de la Tecnología
- Anexo 7: Grupo de estándares de Gerencia de la Información
- Anexo 8: Grupo de estándares de Mejoramiento de la calidad

### 5. AUDITORIA DE CONTROL INTERNO.

Con el fin de Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos de la Institución, la Oficina de Control interno realizó una Auditoria Interna a PAMEC en el mes de octubre de 2017, con el objetivo de verificar el cumplimiento del instrumento de evaluación y monitoreo permanente de las actividades realizadas del PAMEC 2017 como herramienta que contribuye al mejoramiento continuo de la calidad de la entidad, arrojando como resultado un Plan de Mejoramiento para 3 hallazgos levantados en la auditoria.

HALLAZGOS/ NO CONFORMIDAD	ACCIÓN DE MEJORA	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
		% de avance	EVIDENCIAS	
<p>En el manual CA-M-12 PAMEC, indica que se registra en la matriz de priorización codificada CA-F-81, sin embargo esta matriz no cuenta con la codificación correspondiente, se recomienda utilizar las herramientas aprobadas por la institución para tal fin</p> <p>En el manual CA-M-12 PAMEC, refiere que se registra en el formato planes de mejora de acreditación con código CA-F-91 y en la red se evidencia el formato CA-F-73, por tal motivo se recomienda utilizar los formatos aprobados para tal fin.</p>	<p>Ajustar el Manual CA-M-12 PAMEC y los formatos respectivos, con el fin de armonizar las herramientas sugeridas por la Secretaría de Salud de Boyacá, teniendo en cuenta la codificación institucional.</p>	100%	Manual CA-M-12 PAMEC y formato ajustado CA-F-81	Se ajustó el manual PAMEC CA-M-12, articulando la nueva herramienta para formular PAMEC formato CA-F-81
<p>Se recomienda cumplir con las funciones de los líderes y secretario de los estándares de acreditación así mismo con la periodicidad establecida para cada uno de los estándares con el fin de dar cumplimiento a la planeación y seguimiento de los objetivos del estándar.</p>	<p>Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por la institución en el MANUAL CA-M-12 PAMEC, respecto a las funciones de cada uno de los roles y la periodicidad de reuniones.</p>	82%	Actas de reunión	Los grupos de acreditación de Cliente Asistencial, Gestión de la tecnología, gerencia de la información, Gerencia del Talento Humano y Gerencia del ambiente físico se reunieron en el mes de diciembre, dando cumplimiento al cronograma de reuniones.
<p>Se recomienda que los responsables de la actividad propuesta realicen las tareas necesarias, con el fin de dar cumplimiento a lo propuesto en el plan de acción, teniendo en cuenta que el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es la forma a través de la cual el hospital implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.</p>	<p>Dar cumplimiento a las acciones establecidas en PAMEC 2017</p>	100%	Soportes formales de las evidencias de ejecución del plan de acción PAMEC	Las cuatro acciones que presentaban atraso se subsanaron a 29 de diciembre de 2017.

De los hallazgos levantados en auditoria uno de ellos se relaciona al incumplimiento de cuatro (4) acciones establecidas en PAMEC 2017 de acuerdo al cronograma, las cuales se muestran a continuación:

**Estado Atrasado:**

- Establecer e implementar el mecanismo de educación continua a la junta directiva frente a la orientación de la organización y sus funciones: Se actualizó el Manual de Inducción y re inducción para que integre la inducción al personal de la institución y junta directiva, no obstante, se encuentra en proceso de actualización el procedimiento de inducción y re inducción para incluir a los tercerizados, y estudiantes.
- Promover campaña de privacidad y respeto en el proceso de atención: Se encuentra en consolidación de la información para el desarrollo de la campaña, se recomienda tomar las acciones necesarias, con el fin de lograr el cumplimiento de la campaña propuesta en el plan.
- Ajustar y socializar los procedimientos de, Inclusión y exclusión de medicamentos y de Análisis de nuevas tecnologías: Se evidencia la actualización del procedimiento Análisis de ingreso de nuevas tecnología IB - PR-04, sin embargo sigue pendiente la actualización del procedimiento de Inclusión y Exclusión de medicamentos donde se incluye los formatos SF-F-92.
- Desarrollar, implementar y desplegar un documento consolidado con los planes de contingencia institucionales relacionados con la gerencia de la información: Manifiesta el proceso de la TICS que no se ha dado inicio a la acción de mejoramiento, por falta de personal en el área de sistemas, motivo por el cual no se puede dar inicio a la consolidación del documento.

Las cuatro acciones que presentaban atraso fueron gestionadas dando cumplimiento a lo propuesto dentro del Programa Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

## 6. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

A continuación se describe el balance cualitativo por grupo de estándares perteneciente al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad 2017, de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas:

GRUPO DE ESTANDARES	FACTORES CLAVES DE AVANCE EN ESTÁNDARES 2017
Cliente asistencial	<p>Se articuló las buenas prácticas de seguridad del paciente a los programas institucionales</p> <p>Programa Soporte metabólico y Nutricional SMN-PG-01 – BP Prevención de la Desnutrición o Malnutrición            Programa de Madre canguro MC-PG-01 – BP Garantizar la atención segura Binomio Madre e Hijo            Programa Amigos del corazón UI-PG-01 – BP Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares            Programa Piel Sana y Clínica de Heridas CH-PG-01 – BP Prevención de úlceras por presión            Programa de Farmacovigilancia SF-PG-16 – BP Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos            Programa Tecnovigilancia SF-PG-17 – BP Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos</p> <p>Se ajustó y socializó en Programa de Adherencia clínica CA-PR-02 con el fin de garantizar el cierre de ciclos en la institución.</p> <p>Se ajustó Programa de Farmacovigilancia SF-PG-16, articulando las herramientas ajustadas para las rondas de vigilancia activa.</p>

Direccionamiento	<p>Se ajusto seguimiento a programas a través de la Resolución 284 de 2016, Seguimiento y monitoreo programas, con el fin de medir impacto a través de indicadores.</p> <p>Se ajustó MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCION TH-M-06 y el Procedimiento PROGRAMA DE INDUCCION Y REINDUCCION TH-PR-01, estableciendo los lineamientos necesarios para brindar educación a los integrantes de la junta directiva. Igualmente se artículo en el procedimiento la inducción y re inducción para servicios tercerizados y personal en formación.</p>
Gerencia	<p>Se establecieron indicadores que permitan el análisis y seguimiento de las actividades del comité de convivencia laboral, los cuales se crearon el Software DARUMA.</p> <p>Se estableció POA para el proceso Servicios de apoyo (Servicios Tercerizados), con el fin de realizar seguimiento a la gestión y articulación a los procesos adelantados por la institución.</p>
Talento humano	<p>Se ajusto y estableció matriz para la planeación del talento humano TH-F-40 Administrativo y TH-F-41 asistencial.</p>
Ambiente físico	<p>Se ajusto procedimiento de Prevención y Control de Fuga de Pacientes UI-PR-34, estableciendo los controles y el seguimiento de este.</p>
Gestión de la tecnología	<p>Se definió procedimiento para seguimiento y control a personal de soporte técnico externo IB-PR-10.</p> <p>Se estableció indicadores para medir y analizar el cumplimiento de cronogramas de mantenimiento de equipos en comodato y/o en arrendamiento.</p> <p>Se fortaleció el proceso de Inclusión y Exclusión de Medicamentos y tecnología Biomédica, a través de los procedimientos, Análisis de ingreso de nuevas tecnología IB - PR-04, procedimiento de Inclusión y Exclusión de medicamentos SF-PR-47</p>
Gerencia de la información	<p>Se creó Manual de Planes de Contingencia S-M-04, relacionados con gerencia de la información.</p>
Mejoramiento de la calidad	<p>Se desarrollo y articulo dentro del Programa de Transformación cultural, un factor de AUTOCONTROL.</p>

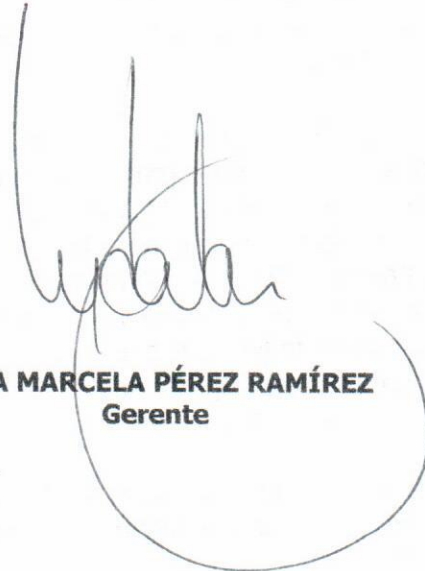
## 7. CONCLUSIONES

Se obtuvo como resultado positivo el fortalecimiento y articulación del enfoque institucional buscando el cierre de ciclos y el aprendizaje organizacional.


La implementación del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, es una metodología que permite demostrar eficacia y eficiencia en términos de resultados.

De las actividades programadas a corte 31 de diciembre de 2017 se cumplió con el 100% de lo programado en PAMEC 2017, siendo algunas muy efectivas para el mejoramiento continuo en la prestación de servicio de salud de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja y otras a evaluar para que logren el aprendizaje organizacional deseado.

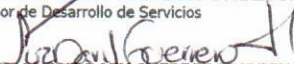
Cordialmente,



**LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ**  
Gerente



Revisó: Dr. HENRY MAURICIO CORREDOR  
Asesor de Desarrollo de Servicios



Proyecto: LUZ DARY GUERRERO MORENO  
Asesora de Acreditación - Hospital Universitario