

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

INFORME SEGUIMIENTO PAMEC CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2018



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

ENERO 2019

1. INTRODUCCIÓN

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 2018 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 2018, 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. METODOLOGÍA 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.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC 2018 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento, realizando seguimiento al cumplimiento de éstas, por parte de la oficina de calidad trimestralmente.

3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2018

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 39 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2018.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	4	7	1
Direccionamiento	6	76-82	2
Gerencia	6	91-93	2
Talento humano	6	106-115	2
Ambiente físico	6	121-123	2
Gestión de la tecnología	4	132	1
Gerencia de la información	3	121-123	2
Mejoramiento de la calidad	4	156	1
TOTAL	39		13

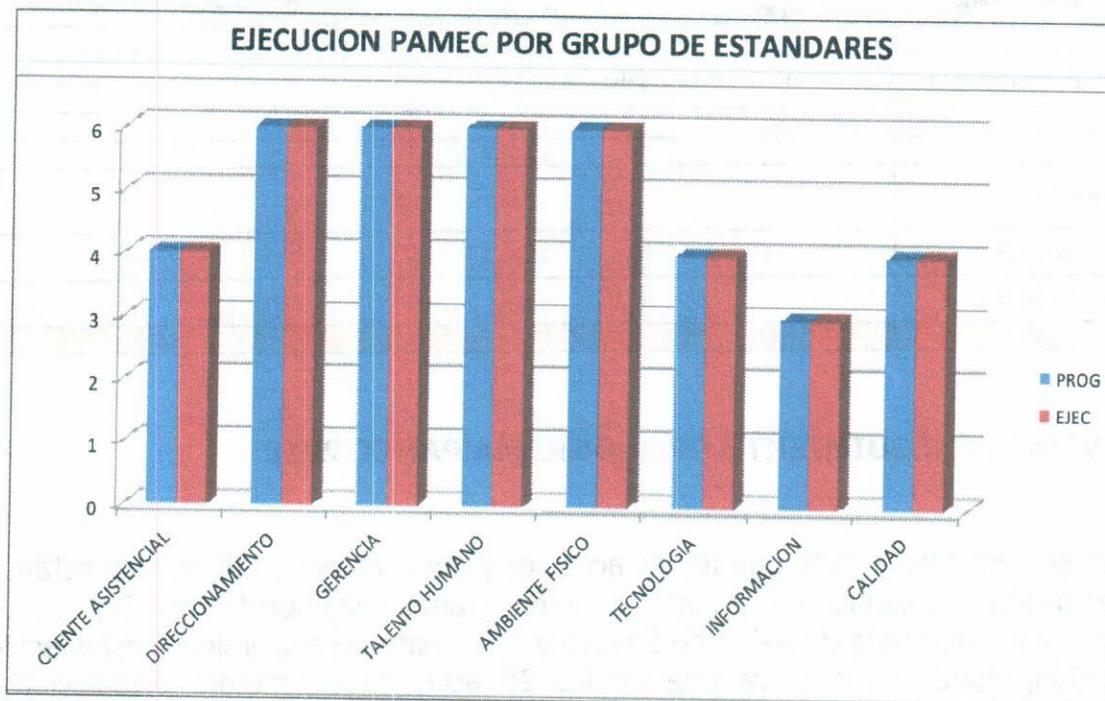
4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2018

Se realizó seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación, teniendo en cuenta el cronograma establecido en PAMEC 2018 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 2018, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC																	
NOMBRE DE LA ENTIDAD		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA						CODIGO HABILITACIÓN		1500100387							
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REPORTE		LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ						VIGENCIA		2018		TIPO DE INFORME		SEGUIMIENTO ANUAL			
INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC														FECHA DE CORTE:		31 DE DICIEMBRE	
ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMS. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD/SEDES EN RED		
	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	
EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO	4	100%	6	100%	6	100%	6	100%	6	100%	4	100%	3	100%	4	100%	
CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
EN DESARROLLO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
ATRASADO	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%	
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		100%		
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018 POR GRUPO DE ESTANDARES	4		6		6		6		6		4		3		4		

Fuente: Oficina de calidad



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 2018, 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 Auditoría Interna a PAMEC en el mes de octubre de 2018, con el objetivo de verificar el cumplimiento del instrumento de evaluación y

monitoreo permanente de las actividades realizadas del PAMEC 2018 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	EVIDENCIAS	
		% de avance	EVIDENCIAS
Se evidencia incumplimiento en las actas de las reuniones por estándar, solo se identifican 3 actas de seguimiento PAMEC, con alguno de los funcionarios de los estándares, sin seguir la metodología aprobada por la ESE Hospital San Rafael Tunja en su manual CA-M-12 Manual PAMEC, lo que puede ocasionar el no cumplimiento de las acciones por parte de los integrantes de los estándares en las fechas programadas. Además es necesario tener en cuenta que el enfoque del PAMEC 2018 y unas de las meta del Plan de Desarrollo 2016-2020 "continuamos construyendo camino a la excelencia" es de Acreditación, por lo que se hace necesario que la institución Fortalezca y de cumplimiento a los lineamientos establecidos con el fin de alcanzar los objetivos institucionales. NC 1.	REALIZAR PLAN DE TRABAJO DE SEGUIMIENTO PAMEC TERCER TRIMESTRE ACORDE A PERIODICIDAD Y MANUAL ESTABLECIDO.	100%	SE CUENTA CON PLAN DE TRABAJO PARA TERCER TRIMESTRE
	REALIZAR REUNIONES CON LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA EN EL MANUAL CA-M-12 Manual PAMEC VIGENTE A LA FECHA	100%	ACTA SEGUIMIENTO OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE
	PRESENTAR PROPUESTA DE AJUSTE AL MANUAL CA-M-12 MANUAL PAMEC FRENTE A LA ESTRATEGIA DE LAS REUNIONES PERIÓDICAS DE TAL MANERA QUE LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO SEAN CONOCIDOS POR EL REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN EN UN COMITÉ INSTITUCIONAL Y SE ANALICEN LOS FACTORES QUE AFECTAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE ACCIÓN CON ÉNFASIS EN ACREDITACIÓN.	50%	DADO QUE EL COMITÉ SE REUNE DE MANERA TRIMESTRAL SE ENVIA ACCION PROPUESTA A LIDER DE COMITÉ DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO PARA QUE SE TENGA EN CUENTA EN LA PROXIMA SESION.

De los hallazgos levantados en auditoria uno de ellos se relacionaba al seguimiento realizado a PAMEC 2018 en cuanto a la continuidad de las reuniones que presentaban atraso, el cual fue gestionado y completadas las acciones a la fecha cumplimiento con lo estipulado en el manual, dado el seguimiento efectivo que se requiere se proyecta una acción relacionada a la propuesta de ajuste trimestral de los seguimientos en el manual institucional con el fin de evidenciar avances en las actividades proyectadas.

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 2018, de acuerdo a las oportunidades de mejora priorizadas:

GRUPO DE ESTÁNDARES	FACTORES CLAVES DE AVANCE EN ESTÁNDARES 2018
Cliente asistencial	<p>Se estableció en el Programa de Seguridad del Paciente el eje de Implementación de la Prácticas segura de la atención en salud, encaminadas a dar cumplimientos con los requerimientos del estándar.</p> <p>Se cuenta con un Manual para la Implementación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.</p> <p>Se realizo medición de adherencia a las Buenas practicas de seguridad del paciente.</p> <p>Se articulo las buenas prácticas relacionadas con los Programas institucionales.</p>
Direccionamiento	<p>Se integran y ajustan los programas estratégicos orientadores del plan de desarrollo.</p> <p>Se realiza seguimiento al cumplimiento de los programas estratégicos en cuanto a los planes operativos tanto por control interno como por revisoría fiscal.</p> <p>Se Realiza análisis de indicadores del sistema de información para la calidad que evalúe el cumplimiento en el reporte, el análisis y la asignación de fallas, lo cual se comunica con los resultados al comité directivo.</p>
Gerencia	<p>Se fortalecen los lineamientos para gestión del riesgo en la institución y armonizarlo con el componente de auditoria interna, dado que se cuenta con la Política para la gestión y Administración del Riesgo se actualizan los mapas de riesgos incluyendo los riesgos por proceso, corrupción y estratégicos entre otros.</p>
Talento humano	<p>Se dio cumplimiento al Proyecto con el SENA para su despliegue dentro de lo establecido en El Plan de Desarrollo 2016-2020 sobre el Modelo de Gestión por competencias.</p>
Ambiente físico	<p>Dado la existencia de convenios docente asistenciales se logra diseñar el plan de capacitación con énfasis en investigación.</p> <p>Teniendo en cuenta los antecedentes se actualiza el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades en el documento PGIRASA.</p> <p>En cuanto a las actividades planteadas se logro Identificar los escenarios de riesgos para la realización y priorización de simulacros de tipo interno los cuales se ejecutaron a cabalidad.</p>
Gestión de la	<p>Se alinearon los riesgos identificados de tecnovigilancia y</p>

tecnología	farmacovigilancia, así como del uso de la tecnología con el programa de seguridad del paciente.
Gerencia de la información	Se logra demostrar mayor cobertura de implementación del Sistema de información DARUMA para la consolidación y análisis de indicadores. Contando con la Unidad de Análisis para la identificación de indicadores que desvían la meta.
Mejoramiento de la calidad	Se identifican las fuentes de mejora establecidas en la institución, priorizando aquellas que cuentan con análisis frente los resultados presentados.

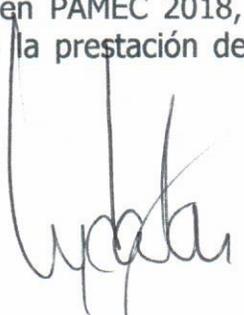
7. CONCLUSIONES

Se obtuvo como resultado positivo la implementación de acciones que contribuyen al autocontrol de la institución.

La implementación del plan de auditoría 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 2018 se cumplió con el 100% de lo programado en PAMEC 2018, siendo algunas muy efectivas para el mejoramiento continuo en la prestación de servicio de salud de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja.

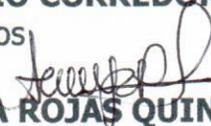
Cordialmente,



LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ
Gerente



Revisó: Dr HENRY MAURICIO CORREDOR
Asesor de Desarrollo de Servicios



Proyectó: ANGÉLICA MARIA ROJAS QUINTERO
Auditor medico Lider Habilitacion-PAMEC