

INFORME ANUAL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

PAMEC 2023

San Miguel
E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO

1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, su compromiso es garantizar la calidad en la atención de salud, siguiendo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Colombia. En concordancia con esto, la auditoría se concibe como un componente esencial del mejoramiento continuo, donde se emplean métodos de evaluación para identificar problemas, sus causas y establecer estrategias de mejora.

Los objetivos estratégicos de nuestra institución, enfocados en la satisfacción del usuario, la reducción de riesgos, la humanización en la atención y la optimización de recursos, se reflejan en la definición de Planes de Mejoramiento de la Calidad. Estos planes actúan como herramientas para corregir desviaciones respecto a los parámetros establecidos por la auditoría, fortaleciendo así la atención, logrando resultados esperados y garantizando la seguridad de nuestros pacientes.

El presente documento guía el desarrollo del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), donde se identifican, analizan y priorizan acciones de mejora. Se asegura el seguimiento de las actividades propuestas por los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo, en consonancia con los estándares establecidos por el gobierno colombiano en el Decreto 1011 de 2006 y otras normativas aplicables, como parte de los procesos de modernización de las organizaciones de salud.

2. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar e implementar un Programa de Auditoría enfocado en los estándares de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar continuamente los procesos y gestionar eficazmente otras fuentes de mejora. Esto se llevará a cabo mediante la identificación y evaluación sistemática de prácticas actuales, la alineación con normativas vigentes y las necesidades específicas de la institución, y la ejecución de acciones correctivas y preventivas para garantizar la excelencia en la atención médica y el bienestar del paciente.

3. SEGUIMIENTO

Durante el año 2023, se realizó el seguimiento continuo del cumplimiento de las actividades priorizadas en los planes de mejora del Hospital Geriátrico San Miguel. En este período, se identificaron, elaboraron y ejecutaron acciones para mejorar continuamente los procesos y la calidad de la atención en salud. El seguimiento se realizó con los responsables designados para cada acción de mejora, finalizando el mes de la fecha de cierre de la acción para verificar el cumplimiento por parte del equipo de Gestión y Mejora.

Para garantizar el cumplimiento de los propósitos establecidos, tanto el equipo asistencial como el administrativo trabajaron de manera colaborativa y constante para cumplir los compromisos adquiridos. Los planes de mejora se ejecutaron en los plazos definidos, asegurando la implementación oportuna de las acciones correctivas y preventivas necesarias, logrando resultados significativos en cuanto a calidad, eficiencia y satisfacción para los pacientes y los colaboradores del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	CALIF PRIORITY TOTAL	PERIODO EJECUCIÓN PLAN	PH VA	ACCIONES PARA EJECUTAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN
Documentar el procedimiento donde se establezca la periodicidad y mecanismos para la evaluación y el análisis del direccionamiento estratégico de la institución.	1,6	31-dic-23	<p>P: Identificar la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>H: Elaborar Procedimiento para estandarizar la periodicidad para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>V: Validar la ejecución del análisis y evaluación del direccionamiento con la periodicidad establecida</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración procedimiento donde se incluya la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.	Direccionamiento Estratégico
Estandarizar la formulación, divulgación, seguimiento y evaluación del Direccionamiento estratégico.	1,6	31-dic-23	<p>P: Identificar la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>H: Elaborar Procedimiento para estandarizar la periodicidad para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>V: Validar la ejecución del análisis y evaluación del direccionamiento con la periodicidad establecida</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración procedimiento donde se incluya la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.	Direccionamiento Estratégico



Fortalecer el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	1,6	31-dic-23	<p>P: Incluir dentro del plan Institucional Anual de capacitaciones, la socialización y comprensión del Direccionamiento Estratégico.</p> <p>H: Documentar en el Contenido de la inducción y reinducción Institucional cada uno de los componentes del direccionamiento Estratégico y Plan Estratégico.</p> <p>H: Realizar Inducciones y Reinducciones al Personal.</p> <p>V: Validar el contenido de la inducción y su ejecución.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Realizar Inducción y Reinducción al personal.	Talento Humano
Actualizar política de Humanización, realizar despliegue y evaluación.	1,6	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de Humanización.</p> <p>H: Documentar la política de Humanización y realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción)</p> <p>V: Validar la aprobación y socialización de la política de Humanización.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de la política de Humanización.	Direccionamiento Estratégico
Actualizar la política de calidad donde se incluya los elementos de la política de prestación de servicios.	1,6	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de prestación de servicios y Calidad.</p> <p>H: Documentar la política de prestación de servicios y calidad, realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción)</p> <p>V: Validar la aprobación y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad.	Direccionamiento Estratégico



Documentar procedimiento para definir los parámetros de ejecución del POA y PDI.	1,6	31-dic-23	<p>P: Identificar la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>H: Elaborar Procedimiento para estándar izar la periodicidad para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.</p> <p>V: Validar la ejecución del análisis y evaluación del direccionamiento con la periodicidad establecida</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración procedimiento donde se incluya la periodicidad adecuada para la evaluación y análisis del direccionamiento Estratégico.	Direccionamiento Estratégico
<ul style="list-style-type: none"> • incluir dentro del PIC las temáticas relacionadas con el proceso de educación continuada a los miembros de junta directiva. 	1,6	31-dic-23	<p>P: Revisar las temáticas relacionadas con el Proceso de Educación Continuada ante la junta Directiva.</p> <p>H: Documentar dentro del PIC, capacitación que aporte al proceso de Educación Continuada</p> <p>V: Validar PIC</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de plan de capacitaciones.	Talento Humano
<ul style="list-style-type: none"> • política de investigación • política de formación continuada 	1,6	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de Investigación y Formación Continuada</p> <p>H: Documentar la política de Investigación y Formación Continuada, realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción)</p> <p>V: Validar la aprobación y socialización de la política de Investigación y Formación Continuada</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de la política de Investigación	Direccionamiento Estratégico
Divulgación de la plataforma Estratégica	1,6	31-dic-23	<p>P: Estructurar los elementos que hacen parte de la plataforma estratégica y consolidamos para su divulgación</p> <p>H: Documentar, consolidar y socializar la plataforma estratégica</p> <p>V: Validar la divulgación de la plataforma estratégica a través de los canales habilitados por la</p>	Diseñar y Consolidar Plataforma Estratégica.	Direccionamiento Estratégico



			<p>institución. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>		
Socialización política de prestación de servicios y calidad.	1,6	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de prestación de servicios y Calidad. H: Documentar la política de prestación de servicios y calidad, realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción) V: Validar la aprobación y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de la política de prestación de servicios y calidad.	Direccionamiento Estratégico
Elaborar e implementar la política de gestión de riesgo en salud	1,6	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de gestión de riesgo en Salud. H: Documentar la política de gestión de riesgo en Salud, realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción) V: Validar la aprobación y socialización de la política de Riesgo en Salud. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración y socialización de la política de gestión de Riesgo en Salud.	Gobierno Clínico
Comunicación de los resultados y remoción de barreras de mejoramiento	1,6	31-dic-23	<p>P: Establecer metodología de Mejoramiento. H: Documentar y Socializar la Metodología de Mejoramiento. V: Implementación de la Metodología. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración, socialización e Implementación de la metodología PHVA	Direccionamiento Estratégico



<ul style="list-style-type: none"> Realizar análisis de los factores internos y externos que afecten la institución. DOFA Actualización de la cadena de valor de la institución. 	1,5	31-dic-23	<p>P: Identificar Metodología para el análisis de los factores Internos y Externos. H: Elaborar metodología y realizar taller para el análisis de los factores internos y externos. V: Validación de Estrategias derivadas de la aplicación de la Metodología. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración DOFA y actualización de la cadena de valor institucional.	Direccionamiento Estratégico
Divulgación e Implementación de las políticas institucionales.	1,5	31-dic-23	<p>P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a las política organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y Amplitud de los servicios que se han de proveer. H: Documentar las políticas, realizar Socialización a través de los mecanismos que considere la institución (Página web, Inducción y Reinducción) V: Validar la aprobación y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Elaboración, Aprobación y Socialización de las políticas Organizacionales.	Direccionamiento Estratégico
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer en los líderes la gestión del riesgo Seguimiento constante a la matriz 	1,5	31-dic-23	<p>P: Agendamiento con cada responsable de proceso el seguimiento e interiorización de la gestión del riesgo. H: Realizar Seguimiento a las Matrices de Riesgos de conformidad con la periodicidad definida. V: Resultados de Seguimiento y Cumplimiento. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Realizar seguimiento a las matrices de Riesgos, socializando nuevamente a los responsables la importancia de la gestión del Riesgo.	Direccionamiento Estratégico





<ul style="list-style-type: none"> en la institución se debe elaborar una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). 	1,5	31-dic-23	<p>P: Definir metodología para identificar los mejores referentes internos y externos.</p> <p>H: Elaborar metodología y realizar identificación de los referentes</p> <p>V: Implementación del Procedimiento de referenciación.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Realizar implementación del procedimiento de referenciación.	Direccionamiento Estratégico
<ul style="list-style-type: none"> Operativización de los procesos misionales 	1,5	31-dic-23	<p>P: Diagnosticar flujo de actividades de los procesos Misionales.</p> <p>H: Actualización de las Caracterizaciones de los procesos Misionales.</p> <p>V: Implementación y Socialización de las Caracterizaciones Misionales.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Ajustar Caracterizaciones de los procesos Misionales	Gobierno Clínico
<ul style="list-style-type: none"> Implementar estrategias para fortalecer la humanización en el colaborador. 	1,5	31-dic-23	<p>P: Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para mejorar la humanización en la empresa y así fomentar un entorno laboral más saludable, empático y productivo para todos los colaboradores.</p> <p>H: Elaborar programa de Humanización de la Atención que incluye Usuarios y Colaboradores.</p> <p>V: Implementación del programa de Humanización.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Realizar Diagnósticos e Implementar Programa de Humanización.	Gobierno Clínico y Talento Humano
<ul style="list-style-type: none"> Implementar estrategias para fortalecer la humanización en el colaborador. Elaborar política y procedimiento para prevenir el comportamiento inapropiado de pacientes, familiares responsables 	1,5	31-dic-23	<p>P: Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para mejorar la humanización en la empresa y así fomentar un entorno laboral más saludable, empático y productivo para todos los colaboradores.</p> <p>H: Elaborar programa de Humanización de la Atención que incluye Usuarios y Colaboradores; procedimiento para prevenir el comportamiento inapropiado de pacientes,</p>	Realizar Diagnósticos, Implementar Programa de Humanización y procedimiento para prevenir el comportamiento inapropiado de pacientes, familiares responsables	Gobierno Clínico y Talento Humano



			<p>familiares responsables V: Implementación del programa de Humanización y procedimiento para prevenir el comportamiento inapropiado de pacientes, familiares responsables A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>		
<p>1. Elaborar Estrategias para el adecuado manejo del ambiente Físico. 2. Implementación de sistema de reporte de fallas o Solicitudes de: Equipos Biomédico, Equipos de Cómputo y Sistemas, Infraestructura Oportuno</p>	1,4	31-dic-23	<p>P: Identificar Estrategias para el manejo Adecuado del Ambiente físico. H: Implementar de las estrategias para el manejo Adecuado del Ambiente físico. V: Validar la implementación y eficacia de las estrategias. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Implementar Estrategia de Reporte y Manejo Adecuado del Ambiente Físico.	Gestión Ambiente Físico
<p>1. Definir estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico. 2. Realizar capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuario. 3. Solicitar los protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente.</p>	1,4		<p>P: Identificar Estrategias para el manejo Adecuado del Ambiente físico. H: Implementar de las estrategias para el manejo Adecuado y cultural del Ambiente físico. V: Validar la implementación y eficacia de las estrategias. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	Implementar plan de capacitaciones y solicitar los protocolos de limpieza	Gestión Ambiente Físico



<p>1. Incluir dentro de la política de Presentación de servicios y calidad, la articulación con la Gestión ambiental.</p> <p>2. Implementar Estrategias que fomenten la cultura ecológica.</p> <p>3. Realizar seguimiento y control de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).</p> <p>4. Realizar estrategia para fomentar el Reciclaje.</p>	<p>1,4</p>		<p>P: Identificar Estrategias para el manejo Adecuado del Ambiente físico, recursos ambientales, reciclaje y Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a las políticas Ambiental.</p> <p>H: Implementar de las estrategias para el manejo Adecuado de los recursos físico, medio ambiente, reciclaje y cultura del Ambiente físico.</p> <p>H: Actualizar Política de Prestación de Servicios y Calidad.</p> <p>V: Validar la implementación y eficacia de las estrategias.</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	<p>Actualización de la política e implementación de las estrategias para el manejo adecuado del Ambiente físico, recursos ambientales y reciclaje.</p>	<p>Gestión Ambiente Físico</p>
<p>1. Implementar separación de desechos en la fuente y en el destino final.</p> <p>2. Definir y aplicar plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.</p>	<p>1,4</p>		<p>P: Identificar la metodología para el manejo adecuado de los residuos, a través del PGIRASA.</p> <p>H: Estructurar PGIRASA.</p> <p>V: Validar la implementación</p> <p>A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.</p>	<p>Elaborar e implementar PGIRASA.</p>	<p>Gestión Ambiente Físico</p>





1. Actualizar la política de seguridad del paciente 2. Establecer estrategia para el reporte de los eventos adversos	1,4		P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de Seguridad del Paciente. H: Documentar la política de Seguridad del paciente. V: Validar la aprobación y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.	Elaboración, Aprobación y Socialización de la política de seguridad del paciente	Gobierno Clínico
1. Actualizar la política de seguridad del paciente 2. Establecer estrategia para el reporte de los eventos adversos. 3. Operativización del programa de seguridad del paciente.			P: Validar los Criterios que debe incluir el compromiso de la institución frente a la política de Seguridad del Paciente. H: Documentar la política de Seguridad del paciente. V: Validar la aprobación y socialización de la política de prestación de servicios y Calidad. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.	Elaboración, Aprobación y Socialización de la política de seguridad del paciente. Operativización del programa seguridad del Paciente	Gobierno Clínico
1. Implementación Herramienta de reporte.			P: Establecer estrategia de reporte. H: Implementar Herramienta de reporte. V: Verificar implementación y eficacia de la herramienta de reporte. A: Identificar brechas y tomar las acciones correctivas.	Implementación Herramienta de reporte, de eventos adversos.	Gobierno Clínico

$$x = \frac{\text{Relacion del número de acciones de mejora ejecutas derivadas de las auditoria realizadas}}{\text{Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejoramiento del componente de autoria registrados en el PAMEC}}$$

Actividades Ejecutadas	24
Actividades programadas	26
% Cumplimiento	92,31%

Fuente: Consolidado resultados PAMEC- 2023 E.S.E Hospital Geriátrico San Miguel

El análisis de los datos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) refleja un 92,31% de cumplimiento de las actividades programadas, lo que demuestra un compromiso del equipo con el plan de mejora implementado.

4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Durante la ejecución del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se ha reconocido el Aprendizaje Organizacional como una valiosa herramienta. Esta herramienta permite convertir la información derivada de las actividades ejecutadas en conocimiento práctico, consolidando los logros alcanzados a lo largo del tiempo de aplicación de la metodología de mejora. El objetivo es lograr una mejora continua de los procesos institucionales, lo cual se refleja en el avance hacia una mayor calidad y desarrollo institucional.

Durante la implementación del plan de mejoramiento, se ha puesto especial énfasis en los estándares relacionados con Gestión del ambiente físico, la seguridad del paciente, el direccionamiento estratégico y el talento humano. Esto ha resultado en un fortalecimiento significativo en la gestión de estos procesos, facilitando el logro e implementación de la documentación, herramientas, políticas y procedimientos que permitieron el control continuo de las actividades ejecutadas:

- Implementación Procedimiento para la gestión, seguimiento y evaluación de los planes estratégicos (PRO-DIR-01).
- Ejecución plan institucional de capacitaciones
- Implementación Política de prestación de Servicios y Calidad (RSLN- 1.7.1.79-2023)
- Implementación política de Riesgos (RSLN. 1.7.1.47-2023)
- Modelo Operación por procesos aprobado y socializado ante la junta Directiva y Página Web Institucional.

- Implementación de talleres para el fortalecimiento e interiorización de la Gestión del Riesgo.
- Seguimiento Matrices de riesgos por proceso.
- Implementación Procedimiento de Referenciación (PRO-GEM-02)
- Actualización de las caracterizaciones de los procesos misionales.
- Documentación de las rutas.
- Implementación herramienta San reporte.
- Estandarización formato para el control y seguimiento de limpieza.
- Seguimiento cuadro de control de pagos de los servicios públicos.
- Seguimiento y cumplimiento del indicador PGIRASA
- Implementación Política de seguridad del Paciente (RSLN. 1.7.1.78-2023)
- Implementación herramienta para el reporte de los eventos adversos.
- Implementa ciclo PHVA en los planes de mejoramiento a través del formato FOR-GEM-07 y a su vez el procedimiento gestión de planes de mejoramiento PRO-GEM-03.



CAROLINA OSORIO GONZÁLEZ
Subgerente Administrativa y Financiera

Proyectó: María del mar Medina Osorio- Auxiliar Administrativa- Sertemp

San Miguel
E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO