E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

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

E.S.E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL

SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

PAMEC

2022

Carrera 70 No. 2A – 04 PBX +57 (2) 339 0821 Cali - Colombia
hgsanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado “Superintendencia Nacional de Salud”

E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

INFORME ANUAL PAMEC 2022 E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL

Objetivo del informe:

Presentar resultados de Programa de mejoramiento de la Calidad PAMEC de estándares de acreditación y otras fuentes.

SANDRA MARENTES ASTAIZA

Gerente

Santiago de Cali, febrero de 2022

E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

TABLA DE CONTENIDO

1. **INTRODUCCIÓN**
2. **OBJETIVO GENERAL**
3. **ALCANCE**
4. **SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO**
5. **ACTUALIZACIÒN DEL CIERRE DE BRECHAS – PAMEC**
6. **APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para la E.S.E Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, tiene como principio la evaluación y seguimiento a las acciones de mejora, derivadas de las intervenciones a los procesos asistenciales y administrativos procedentes de auditorías a los servicios de salud.

El PAMEC es una herramienta institucional que permite determinar el estado de mejoramiento de los procesos y su impacto en la sostenibilidad en términos de la calidad de la atención ofrecida a nuestros usuarios y sus familias, incidiendo en el posicionamiento en el sector de la salud a nivel regional.

En el programa se identifican, analizan y priorizan las acciones de mejora y se realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades propuestas por los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo Dentro de los procesos de modernización de las organizaciones de salud, nuestra entidad ha determinado el acogimiento de las políticas y herramientas de calidad determinadas por el gobierno colombiano mediante el establecimiento de acciones de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud incluidas en el Decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (S.O.G.C.S) y las demás normas que lo reglamentan.

2. OBJETIVO GENERAL

Implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) con enfoque en estándares de Acreditación en Salud, de conformidad con la normatividad vigente y las necesidades de la Institución, para el mejoramiento continuo de los procesos y la gestión efectivas de otras fuentes de mejora.

3. ALCANCE

Iniciar con un diagnóstico y finaliza con el cierre efectivo de los planes de mejoramiento, logrando aprendizaje organizacional derivados de los procesos priorizados en cada fase de ejecución.

4. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

Durante el año 2022 entre los meses enero a diciembre se han identificado, elaborado planes de mejoramiento y ejecutado las acciones de nuestro plan de mejoramiento. De esta manera se hace seguimiento con los responsables designados en cada acción de mejora, finalizando el mes de la fecha de cierre de la acción para verificar el cumplimiento de las acciones por parte del equipo de calidad.

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo, tanto asistencial como administrativo de manera permanente logran hacer un frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos. Los planes de mejoramiento se ejecutaron en los plazos definidos.

A través de la articulación de otras fuentes de mejoramiento con estándares de acreditación se obtienen los siguientes resultados:

E.S.E HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL

E.S.E HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL	PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 2022 (CORTE 01/01/2022 - 31/12/2022)					
No.	**ESTANDAR A CUMPLIR**	**ACCION A EJECUTAR**	**META DE LA GESTIÓN**	**INDICADOR**	**PLAZO DE EJECUCION**	**RESPONSABLE**
1	Estándar 7 AsSP3: La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	OM2: Crear formato de chequeo semanal de carro de paro de acuerdo al paquete instruccional Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. / Se articula con Acción de mejora de Coosalud	Formato para control de carro de paro.	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	31/12/2022	LIDER ASISTENCIAL
2	Estándar 18 AsREG2: Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia	OM1: Establecer un mecanismo para obtener el consentimiento del paciente que ingresa a la institución.	Obtener registros de la autorización de ingreso del paciente, con la información entregada.	Fuga de paciente	31/12/2022	LIDER ASISTENCIAL
3	Estándar 31 AsPL9: La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	OM1: Elaborar un formato para el seguimiento del paciente hospitalizado donde se valide la entrega de elementos.	Contar con herramienta para el seguimiento y validación de entrega de elementos al paciente hospitalizado.	Proporción de satisfacción global	31/12/2022	LIDER ASISTENCIAL
4	Estándar 77 DIR2: La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	OM1: Actualizar procedimiento para el seguimiento a planes estratégicos. / Articulación Plan de Mejora Contraloría	Actualizar actividades para el seguimiento de planes estratégicos.	seguimientos al cumplimiento del Plan de Desarrollo.	31/12/2022	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
5	Estándar 95 GER7: La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos:	OM1: Construir matriz de relación de los POA con el Plan de Desarrollo. / Articulación Plan de Mejora Contraloría	Articular matriz POA con el cumplimiento de Plan de Desarrollo.	Relación actividades POA con Plan de Desarrollo	31/12/2022	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
		OM2: Definir método de seguimiento a planes operativos. /Articulación Plan de Mejora Contraloría	Realizar seguimiento a la articulación de planes operativos con el Plan de Desarrollo.	Gestión de metas del Plan de desarrollo	31/12/2022	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
6	Estándar 99 GER11: Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	OM1: Ajustar herramienta de solicitud presupuestal para una alineación con el plan estratégico. / Articulación Plan de Mejora Contraloría	Obtener asignación presupuestal de acuerdo a las metas del plan de desarrollo	Cumplimiento de metas Plan de Desarrollo de acuerdo a la asignación presupuestal	31/12/2022	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

7	Estándar 106 TH3: La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:	OM1: Actualizar formato de cambio de turnos de personal en hospitalización	Dar cumplimiento a la distribución de turnos	Reducción riesgos laborales por fatiga.	31/12/2022	EQUIPO TALENTO HUMANO
8	Estándar 127 GAF7: La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:	OM1: Fortalecer el formato para controlar la entrada y salida de residentes.	Tener control de la entrada y salida, evitando confusiones con la fuga o perdida de pacientes.	Fuga de paciente	31/12/2022	LIDER ASISTENCIAL
9	Fuente Auditoria Control Interno: Publicación del PAMEC en la página web institucional	OM1: Publicar PAMEC 2021-2022 en página web	Cumplir con los requerimientos de publicación en la página web	Publicación en la Página Web oportunamente	31/12/2022	LIDER PLANEACIÓN Y CALIDAD
10	Fuente Auditoria Coosalud: En el momento de la visita no se cuenta con encargado de PAMEC por lo que no se enseña soportes al cumplimiento ejecución PAMEC 2022 con énfasis en acreditación con informe de auditoría realizadas, planes de mejoramiento, avances, acta de seguimiento.	OM1: Articular acciones de mejora de otra fuente con estándares de acreditación.	Cumplir con la Res. 5095 de 2018	Cumplimiento PAMEC	31/12/2022	LIDER PLANEACIÓN Y CALIDAD
11	Fuente Auditoria Control Interno: No se tiene elaborado el mapa de riesgos del proceso de Planeación y Sistemas Integrados de Gestión	OM1: Realizar el mapa de riesgos del proceso de planeación y Sistemas Integrados de Gestión	Mapa de Riesgos ajustado con los lineamientos establecidos	Mapa de riesgos aplicado	31/12/2022	LIDER PLANEACIÓN Y CALIDAD

CERRADOS	12	100%
EN EJECUCIÓN	0	0%
ABIERTO	0	1%
TOTAL	12	100%

5. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permite transformar la información obtenida de las actividades ejecutadas, consolidando los logros obtenidos durante el tiempo de aplicación de la metodología de mejoramiento con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional.

Durante la ejecución del plan de mejoramiento se dio especial énfasis en estándares relacionados con seguridad del paciente, Direccionamiento, Talento Humano y Ambiente Física logrando así un fortalecimiento en el enfoque de estos procesos, mediante la documentación herramientas que permitan mejorar el control de actividades:

- Formato Chequeo semanal de carro de paro ASI-HOS-BAJ-for-021.
- Obtener la autorización para el ingreso a la institución, Formato aceptación ingreso a la institución ATU-ADM-for-007.

- Fortalecimiento de herramienta validar la entrega de elementos a pacientes, Formato seguimiento paciente hospitalizado externo ASI-HOS-BAJ-for-003.
- Fortalecimiento del enfoque a través del Procedimiento para la gestión, seguimiento y evaluación de planes estratégicos PLN-poe-001, en el cual se establece la periodicidad del seguimiento al plan de desarrollo y plan operativo.
- Elaboración de matriz que relaciona y armoniza los objetivos estratégicos del plan de desarrollo los procesos, los ejes de acreditación de salud y los indicadores que miden el cumplimiento del plan de desarrollo, descritos en POA.
- Creación de una herramienta para el seguimiento trimestral del plan de desarrollo en conjunto al plan operativo anual.
- Definición de códigos los cuales relacionan el objetivo estratégico, objetivo específico del plan desarrollo, los procesos, los ejes de acreditación y el indicador de cumplimiento; el cual se articula con en CON-F-001-01 formato de disponibilidad presupuestal, con el fin de identificar y realizar seguimiento presupuestal a las metas y objetivos del plan de desarrollo.
- Fortalecer el enfoque para el control de cambios de turno a través del Formato seguimiento cambio de turno ASI-HOS-BAJ-for-006.
- Elaboración de herramienta para tener control en la salida e ingreso de residentes, evitando confusión en fugas a través Formato registro entrada y salida de residentes SSA-ALB-EFG-for-006.
- Cumplimiento de requerimientos de página web a través de la Publicación del PAMEC correspondiente al corte de 01/01/2021 a 31/12/2021 (PAMEC 2021-2022).
- Articular oportunidades de mejora de otras fuentes con los estándares del manual de acreditación en Salud. (PAMEC 2022).
- Actualización del mapa de riesgos de los procesos incluido el de planeación y sistemas de gestión.

Elaboró:
OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD
E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel