


INFORME DE PAMEC CUARTO TRIMESTRE DE AÑO 2018

PROCESO AUDITADO	PAMEC: Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Es el mecanismo sistemático, y continuo de la evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.
AUDITORES	María Eufracia Sandoval Pino, y Edna Mercedes López Molina
OBJETO	Realizar evaluación del PAMEC del 4to trimestre 2018
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad de lo realizado en PAMEC
MARCO LEGAL	Ley 100 artículo 48 y 49, 227, Decreto 1011 del 2006, resoluciones 1043 del 2006, resolución 1045 del 2006 y 1446 del 2006, circular 030 de 2006, Ley 872 2003, decreto 1599 del 2005, circular conjunta 018 de 2006, resolución 2680 de 2007
FECHA DE AUDITORIA	Inicio 25 al 30 de Enero del 2019
METODOLOGIA	Solicita información al área de calidad mediante oficio. Verificación de cumplimiento de requerimiento realizado y las evidencias.
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar el cumplimiento de los de los planes de mejora del PAMEC

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento 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; *para el Mejoramiento de la Calidad.*"

El PAMEC es la manera particular en que cada Institución coloca en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>CAMPUS SAN JOSÉ, CALDAS</small> <small>"Juntos mejoramos la salud"</small> NIT 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 1

CUMPLIMIENTO DEL PAMEC, INSTITUCIONAL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2018

PAMEC	Total actividades	ACTIVIDADES			CUMPLIMIENTO
		Cumplidas	En desarrollo	Atrasadas	
Gerencia	23	21	0	2	91.3%
Direccionamiento	33	33	0	0	100
Asistencial	126	122	1	3	96.8%
Gestión de Tecnología	19	17	0	2	89.5%
Gerencia de información	27	23	0	4	85.2%
Talento Humano	30	29	0	1	96.7%
Mejoramiento	5	5	0	0	100%
Gestión de Ambiente físico	35	32	0	3	91.4%
Total	298	282	1	15	95%

Fuente. Informe entregado por el proceso de calidad.

Al analizar los grupos estándares se observa: Que el Hospital San Jose de Popayán, tiene un cumplimiento óptimo de un 95% del PAMEC, del año 2018, el grupo estándar gerencia de información es adecuado con un 85.2%

1.Grupo Estándar Direccionamiento: El informe final se analizan que son 33 actividades programadas de las cuales se cumplen las 33 que son el 100%, al analizar el PAMEC del 2018, en EXCELL, se encuentra que son 51 acciones de mejora,

El procedimiento de calidad informa que la Secretaria departamental de salud identificó que las actividades asignadas correspondían más a habilitación que acreditación y que el PAMEC es dinámico por lo cual es necesario realizar el reemplazo de las mismas por actividades que apunten más allá de los requisitos básicos de la prestación del servicio.

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	51
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	33

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Socializar el resultado del perfil sociodemográfico en jornada de planeación 2018.
- Incluir en el ajuste al direccionamiento estratégico 2019 los aspectos de la comunidad identificados en el perfil sociodemográfico (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- Incluir en el plan de acción institucional y POD referencia/contra referencia la generación de un informe de coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- Realizar "el tour por lo nuestro" como estrategia para socializar las actividades desarrolladas en los procesos institucionales y el direccionamiento estratégico.
- Realizar boletín informativo de resultados de los procesos institucionales.

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

- Socializar el procedimiento para medición de los ejes de acreditación con los líderes de procesos.
- Socializar los resultados de la medición inicial de los ejes de acreditación en la jornada de planeación.
- Realizar videos de educación sobre seguridad del paciente, derechos y deberes, lavado de manos, horarios de visita etc. para ser transmitidos en los televisores del Hospital Universitario San José.
- Socializar la política de prestación de servicios y calidad.
- Documentar el procedimiento de evaluación de la gestión clínica.
- Socializar informe de acciones tomadas con base en los resultados de la evaluación de la gestión clínica.
- Socializar informe de acciones tomadas con base en los resultados de la evaluación de la gestión clínica.
- Elaborar informe de la revisión de utilización de los servicios: sobreutilización y subutilización.
- Socializar informe de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización en comité de planeación.
- Establecer planes de mejora de acuerdo a las desviaciones encontradas.
- Desarrollar mecanismos para orientación al personal en Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Socializar en comité de calidad los resultados del despliegue de la información generada en procesos institucionales a colaboradores.
- Evaluar el conocimiento adquirido por la junta respecto a los temas impartidos durante el año.
- Socializar los resultados de la evaluación de la relación docencia servicio en el comité de gerencia.

- Acciones de mejoramiento que se informan que están cumplidas y no tiene evidencia.
- Socializar procedimiento para inclusión de la voz del cliente interno y la responsabilidad institucional frente a sus colaboradores en jornada de planeación 2018.
- Definir dietas especiales para los pacientes en condiciones especiales tales como maternas, madres en lactancia y niños.
- Realizar mural para la guía del usuario en urgencias.
- Actualizar la política de prestación de servicios y calidad.
- Ejecutar el plan de educación continua a la junta Directiva del Hospital San José.

Nota: En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejoramiento.

2. Grupo Estándar Gerencia de Talento Humano:

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	de	38
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en el informe	de	30

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Realizar estudio de suficiencia de personal administrativo.
- Realizar referenciación sobre prerrogativas.
- Realizar informe de avances en la implementación de prerrogativas.
- Aplicar encuesta para identificar los medios de comunicación con los que cuentan los colaboradores del hospital.

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

- Conformar base de datos y utilizar los medios de comunicación reportados por los colaboradores para brindar información relacionada con la gestión de talento humano.
- Aplicar encuesta para evaluar la adherencia de la información a través de los medios de comunicación utilizados.
- Realizar plan de acción para impactar la transformación de la cultura organizacional.
- Articular con las asociaciones la ejecución de actividades para la preparación, ingreso, desarrollo y retiro del colaborador.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC

Acción de mejoramiento que está atrasada

- Gestionar la implementación de la estrategia "te escucho" en el Hospital.

3. Grupo Estándar: Cliente asistencial

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	130
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	126

Se Observa, existen acciones de mejoramiento que fueron planeadas en el PAMEC del año 2018, y fueron modificadas con base en la asesoría dada por la secretaria de salud del Cauca quien manifestó que las acciones asignadas correspondían más a habilitación que acreditación y que el PAMEC es dinámico, por lo cual es necesario realizar el reemplazo de esta actividades para que apunten más allá de los requisitos básicos de la prestación del servicio y por esta razón se realizó los siguientes ajustes .


**OFICINA ASESORA DE CONTROL
INTERNO**

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

GRUPO DE ESTÁNDAR	ACCION PROGRAMADA EN PAMEC 2018	ACCION QUE POR LA QUE SE AJUSTA	ACTA DE ACTUALIZACION ACTIVIDADES PAMEC
Cliente Asistencial	Evaluar la política de seguridad del paciente	Medir la Cultura de seguridad del paciente	SI
	Implementar Modulo Daruma en el HUSJ	Realizar Encuentro Interinstitucional de Seguridad del Paciente	SI
	Medir la incidencia de la búsqueda actividad de los eventos clínicos	Medir la incidencia de la búsqueda actividad de los eventos clínicos	SI
	Realizar Seguimiento a los paquetes instruccionales adoptados: Seguridad en el uso de medicamentos y reducir el riesgo en atención del paciente crítico	Realizar Semana de Seguridad del Paciente	SI
	Evaluar la adherencia a la marcación de sitio operatorio si aplica, en la auto ronda de seguridad del paciente	Realizar campaña de marcación del sitio operatorio	SI
	Evaluar la	Realizar Talleres	SI

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>CAMPUS SAN JOSÉ, C.R.</small> <small>"Avances mejorando la salud"</small> NIT 891.580.002-5	OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 1

	adherencia al procedimiento de prevención de caídas	de	Prácticas Seguras	
	Evaluar adherencia al procedimiento de prevención UPP	la	Realizar Jornada de Capacitación en programas de vigilancia institucional	SI

4. Acciones de mejoramiento que está atrasadas

- Evaluar la adherencia de los familiares a lavado de manos y aislamiento.
- Diseñar en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención de acuerdo al grupo etario.
- Enviar a las organizaciones encargadas del usuario el manual de promoción y prevención institucional donde se identifican las necesidades y el plan a desarrollar en el Hospital.

Acciones de mejoramiento que no tiene evidencia:

- Actualizar manual de aislamientos hospitalarios.
- Elaborar procedimiento de captación de IAS.
- Socializar procedimiento de captación de IAS.
- Incluir en la inducción general la socialización de las estrategias del control y prevención de IAS.
- Actualizar el procedimiento de transporte de muestras interinstitucionales
- Realizar revisión de procedimientos para acompañamiento y asesorías para pacientes con enfermedades catastróficas

5. Grupo estándar ambiente físico

Acciones de mejoramiento	de	36
--------------------------	----	----

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

programadas para el año 2018	
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	30

Acciones de mejoramiento que está atrasadas

- Realizar videos con los procesos de seguridad del paciente, humanización, seguridad y salud en el trabajo e infecciones para la divulgación de la información a través de los televisores.
- Verificar el cumplimiento del manejo seguro de ropa hospitalaria (lavandería).
- Realizar un video institucional de promoción de cultura ecológica.

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Presentar informe de simulacros realizados.
- Elaborar procedimiento de contingencia de salida de pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos en casos de emergencia.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC

6. Grupo estándar gerencia:

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	23
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	23

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 si acta:

- Realizar seguimiento al desarrollo de las actividades de autocuidado en los servicios priorizados.

- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC.

Grupo estándar gestión tecnológica

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	20
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	19

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Documentar el proceso de comité de compras.
- Acciones de mejoramiento que está atrasada.
- Documentar el proceso de comité de compras.
- Socializar los indicadores a subgerencia administrativas.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC.

Comentado [Q41]:

7. Grupo estándar gerencia de la información:

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	30
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	27

Acciones de mejoramiento que está atrasadas:

- Diseñar lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información.
- Realizar la lista de chequeo para evaluar la adherencia al plan de gerencia de la información.
- Toma de correctivos de acuerdo a hallazgos.

- Socializar los resultados de auditoria de la información estadística en reunión de II nivel Cliente asistencial.

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Priorizar las necesidades de información para el usuario y su familia durante a la atención identificadas en la encuesta, así como la encuesta de necesidades de cliente interno.
- Realizar un simulacro de caída del sistema para puesta en marcha del plan de contingencia.
- Evaluar el resultado del simulacro.
- Socializar los resultados del simulacro.
- Socializar los resultados de la evaluación de adherencia a procedimientos.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC

8. Grupo estándar MEJORAMIENTO

Acciones de mejoramiento programadas para el año 2018	10
Acciones de mejoramiento ajustadas y evaluadas en informe	5

Acciones de mejoramiento que estaban programadas y se ajustaron dentro de la evaluación del año 2018 sin acta, estas son:

- Actualizar procedimientos cuyas oportunidades de mejora integran el plan de mejora institucional.
- Realizar informe de seguimiento a los planes de mejora producto de auditorías internas, externas, resultados de indicadores, PAMEC, referenciaciones internas y externas.

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Version: 03

Página 1 de 1

- Realizar informe de logros obtenidos a partir de planes de mejoramiento establecidos.
- Socializar al equipo de III nivel los resultados del plan de mejora institucional.
- Realizar informe de estandarización de procesos producto de las acciones ejecutadas en el plan de mejora institucional.
- Socializar al equipo de III nivel los resultados del plan de mejora institucional.
- En este Grupo estándar no existe acta de actualización de acciones de mejora del PAMEC.

Conclusiones:

1. Se observa que según la información remitida por calidad la evaluación del PAMEC institucional del año 2018, está en un 95%, que es optimo
2. Gerencia de la información es el que cumple el 85.2% de las actividades programadas del PAMEC, que es adecuado.
3. Revisando el PAMEC del HUSJ año 2018, se encuentra que se había programado acciones de mejora, este documento fue ajustado, el cual no fue enviado a la Oficina de Control Interno, para ser tenido en cuenta en la auditoria, por lo que se recomienda a la Oficina de Calidad, que cuando se realicen estos ajustes se han remitidos a las oficinas de Planeación y Control Interno.

PAMEC	TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA PROGRAMADAS EN EL PAMEC año 2018	ACTIVIDADES EVALUACION EN EL INFORME FINAL AÑO 2018		
		EVALUACION EN EL INFORME FINAL, TENIENDO COMO BASE LOS AJUSTES	EN DESARROLLO	ATRASADAS

**OFICINA ASESORA DE CONTROL
INTERNO**

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

Gerencia	24	23	0	2
Direccionamiento	51	33	0	0
Asistencial	130	126	1	3
Gestión de Tecnología	20	19	0	2
Gerencia de información	30	27	0	4
Talento Humano	38	30	0	1
Mejoramiento	10	5	0	0
Gerencia de Ambiente físico	36	35	0	3
Total	339	298	1	15

PAMEC	ACTAS DE ACUALIZACION DEL PAMEC AÑO 2018
Gerencia	NO
Direccionamiento	NO
Asistencial	SI
Gestión de Tecnología	NO
Gerencia de información	NO
Talento Humano	NO

**OFICINA ASESORA DE CONTROL
INTERNO**

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

Mejoramiento	NO
Gerencia de Ambiente físico	NO
Total de grupo estándar que tiene acta de actualización de actividades PAMEC	1

4. Se pudo observar que solamente se encuentra actas de los ajustes realizados a los estándares del PAMEC, en el 13%, los demás estándares realizan ajustes pero no realizan actas, esto equivale 87%, y es necesario que se realizan las actas, para que los entes de control, puedan tener claro, porque se realizaron los ajustes, y así realizar la auditoria con los estándares que quedan en firme.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO ATRASADAS

ACCIONES DE MEJORAMIENTO ATRASADAS, DEL PAMEC DEL HUSJ DEL AÑO 2018	
GRUPO DE ESTÁNDARES: Cliente Asistencial	Evaluar la adherencia de los familiares a lavado de manos y aislamiento
	Diseñar en el plan de manejo externo la remisión a programas de promoción y prevención de acuerdo al grupo atareo
	Enviar a las organizaciones encargadas del usuario el manual de promoción y prevención institucional donde se identifican las necesidades y el plan a desarrollar en el Hospital
GRUPO DE ESTÁNDARES: Talento Humano	Gestionar la implementación de la estrategia "te escucho" en el Hospital.
GRUPO DE ESTÁNDARES: Ambiente físico	Realizar videos con los procesos de seguridad del paciente, humanización, seguridad y salud en el trabajo e infecciones para la divulgación de la información a

**OFICINA ASESORA DE CONTROL
INTERNO**

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

- Realizar fichas de los medicamentos más frecuentes con estas características.
- Realizar revisión de procedimientos para acompañamiento y asesorías para pacientes con enfermedades catastróficas.

De las 42 acciones de mejoramiento que se modificaron sin acta están distribuidas en el siguiente grupo estándares

GRUPO DE ESTÁNDARES	NUMERO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO AJUSTADAS SIN ACTA	PORCENTAJE
Talento Humano	8	19%
Ambiente Físico	5	12%
Gestión tecnológico	1	2%
Gerencia de la información	6	15%
Direccionamiento	16	38%
Mejoramiento	5	12%
Gerencia	1	2%

El proceso de calidad notifica que la Secretaria departamental de salud identificó que las actividades asignadas correspondían más a habilitación que acreditación y que el PAMEC es dinámico por lo cual es necesario realizar el reemplazo de las mismas por actividades que apunten más allá de los requisitos básicos de la prestación del servicio

Se recomienda que cuando se realice ajuste de las acciones de mejora del PAMEC, HUSJ, realice actas Seguimiento trimestral de las acciones de los grupos entandares administrativos.

Fecha de entrega: Febrero 1 de 2019.

Realizado por:


MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO.

Enfermera de la oficina asesora de control interno.
Hospital universitario San José de Popayán.

Entregado A:

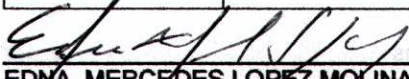


OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1


EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA.
Jefe de la oficina asesora de control interno.
Hospital universitario San José de Popayán.