



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

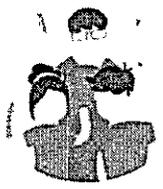
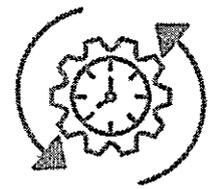
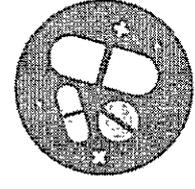
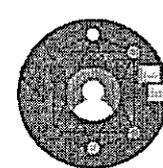
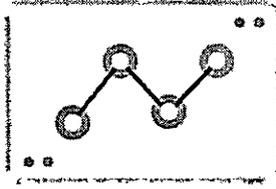
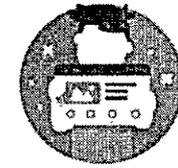
SUBPROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

<p>TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE</p> 	<p>MEJORAMIENTO CONTINUO</p> 	<p>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p> 
<p>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p> 	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p> 	<p>RESPONSABILIDAD SOCIAL</p> 
<p>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p> 	<p>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</p> 	

SANTIAGO DE CALI, ENERO 2024

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCE	3
3.	NORMATIVA.....	3
4.	DEFINICIONES	8
5.	CONTENIDO.....	10
5.1.	GENERALIDADES	10
5.2.	MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.....	17
5.3.	DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC.....	25
5.3.1.	AUTOEVALUACIÓN	25
5.3.2.	SELECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA (PROCESOS A MEJORAR).....	31
5.3.3.	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS Y/O DE OPORTUNIDADES DE MEJORA 34	34
5.3.4.	DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA Y MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS.....	35
5.3.5.	CALIDAD OBSERVADA.....	37
5.3.6.	DEFINICIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR GRUPO DE ESTANDARES.	37
5.3.7.	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	39
5.3.8.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO	39
5.3.9.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	42
5.4.	RESULTADOS PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2022.....	43
6.	INDICADORES.....	54
7.	CRONOGRAMA	60
8.	ANEXOS	61
9.	CONTROL DE REGISTROS	62
10.	ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ.....	62

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

1. OBJETIVO

Continuar y mantener el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad - PAMEC, en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. cumpliendo con la Ruta Crítica dada por el Ministerio de Salud y la normatividad vigente que regula la entidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar resultados que favorezcan a los usuarios y sus familias; logrando el óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas y las necesidades de la población.
- Convertir el PAMEC en un Instrumento de evaluación y monitorización permanente que contribuya a garantizar la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo, para los procesos prioritarios definidos por la organización.
- Comparar la calidad observada con la calidad deseada, para corregir posibles desviaciones.
- Emitir conclusiones y recomendaciones que impacten los estándares de calidad y que lleven a mejorar la salud y calidad de vida de nuestros usuarios.
- Cumplir con lo establecido en la resolución 408 y sus dos primeros indicadores del plan de gestión.
- Fortalecer el conocimiento y desarrollo de los ejes de acreditación a todo nivel.
- Fortalecer el modelo de mejoramiento sugerido por el sistema de acreditación.
- Fortalecer la alineación con el Modelo Integrado de Gestión – MIPG.

2. ALCANCE

El alcance del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PAMEC está enfocado en el desarrollo Sistema Único de Acreditación, a través de la identificación y ejecución de oportunidades de mejora que permitan a la institución cerrar brechas y lograr un nivel de calificación de 3 según las dimensiones y variables del Manual de Acreditación.

Esta calificación de tres (3) se espera lograr a través de la ejecución de varios ciclos de preparación para la acreditación, según la metodología del Sistema Único de Acreditación.

Las estrategias y acciones definidas en este documento corresponden al período 2024.

3. NORMATIVA

Se presenta a continuación un resumen sistemático de la normatividad aplicable vigente, con énfasis en los requisitos legales que tienen relación directa con el PAMEC:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1o. Campo de aplicación. Las disposiciones Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EAPB), las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Artículo 2o. Definiciones. Para efectos de la aplicación del Decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención en salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de Salud. Es 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.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del SGSSS, -SOGC-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del SOGC, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

Artículo 32°. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Artículo 33°. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34°. Tipos de acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 35°. Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.
2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.
3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

PARÁGRAFO. - Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 37°. Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente Decreto.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Documento CONPES 3446 de 2006, Lineamientos para una política nacional de calidad. El SOGC y su relación con el Sistema nacional de normalización, certificación y metrología. El sector salud cuenta con un sistema propio de calidad, El SOGC. Este se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y. prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Decreto 903 de mayo de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación al Sistema Único de acreditación.

Resolución 2082 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones para la operativización del Sistema Único de Acreditación.

Resolución 408 de 2018. Por la cual se ajustan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.

Resolución 5095 de 2018. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

4. DEFINICIONES

Caracterización de procesos: Es una herramienta que facilita la descripción, gestión y control de los **Procesos** a través de la identificación de sus elementos esenciales.

Ciclo de Mejora continua: El ciclo de Deming, también conocido como ciclo PDCA o PHVA o espiral de mejora continua, es una estrategia basada en la mejora continua de la calidad, en cuatro pasos, según el concepto ideado por Walter A. Shewhart, amigo y mentor de William E. Deming que lo enseñó en el Japón de los años 1950. Se podría decir que este ciclo de mejora continua es la base para entender la estructura y funcionamiento de cualquier sistema de gestión.

Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Mapa de procesos: Representación gráfica que identifica los procesos misionales, de apoyo y gerenciales de la organización. Un **mapa de procesos** es un diagrama de valor que representa, a manera de inventario gráfico, los procesos de una organización en forma interrelacionada. El **mapa de procesos** recoge la interrelación de todos los procesos que realiza una organización.

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir requisitos.

Sistema de gestión: Conjunto de reglas y principios relacionados entre sí de forma ordenada, para contribuir a la **gestión** de procesos generales o específicos de una organización. Permite establecer una política, unos objetivos y alcanzar dichos objetivos.

Sistema de gestión de la calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. El sistema de gestión está definido bajo el ciclo de mejora PHVA y alienado a las dimensiones de Acreditación de enfoque, implementación y resultado. En el sistema están involucrados todos los procesos institucionales.

Aprendizaje Organizacional: Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Cierre de Ciclo: Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.

Equipo de Autoevaluación: Equipo conformado para responder por la implementación de un grupo específico de estándares de acreditación. Se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promover el trabajo en equipo y establecer mecanismos de comunicación efectiva; cada equipo cuenta con un líder, realiza reuniones periódicas e interactúa con otros equipos de autoevaluación. Sus funciones principales son: promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente y reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico.

Es el equipo responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes, apoya el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento sistémico y facilita la gestión del equipo primario de mejoramiento.

Equipo de Mejoramiento Sistémico: Equipo conformado para responder sistémicamente por el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad MCC a nivel institucional, se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promueve el trabajo en equipo, establece mecanismos de comunicación efectiva, realiza reuniones periódicas y promueve el liderazgo. Es responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

El equipo de mejoramiento sistémico cuenta con un líder específico y su conformación incluye los líderes de calidad de la institución, la alta gerencia y los líderes de los diferentes equipos de autoevaluación.

Este equipo se enfoca en el mejoramiento continuo de la calidad integrando de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización y los procesos de calidad en los procesos institucionales y propende por que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.

Desde su gestión se planea, implementa, monitoriza, comunica y mantiene el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional; apoya la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.), monitorea los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento, responde por los resultados del plan de mejoramiento institucional, su divulgación a la Institución y reporta los resultados de la gestión a la alta Dirección.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Equipos Primarios de Mejoramiento: Equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas; implementa y monitoriza el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente o de las demás fuentes de mejoramiento con que cuente la organización aplicables a las áreas o servicios que representan.

Se caracterizan por su conformación interdisciplinaria, deben contar con un líder, trabajar en equipo, establecer mecanismos de comunicación efectiva, realizar reuniones periódicas y registrar su desarrollo. Los equipos primarios facultan la creatividad e innovación y se enfocan en resultados de mejora a partir del aprendizaje. Estos equipos apoyan la gestión de los grupos de autoevaluación de los estándares de acreditación, deben contar con un plan de mejoramiento específico para dar respuesta a los estándares que les aplican, responden por la implementación, despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios y reportan resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente.

5. CONTENIDO

5.1. GENERALIDADES

El Hospital es una institución de Nivel II de complejidad, de carácter público Departamental, creado desde 1.972 para atender a la población de escasos recursos económicos del Municipio de Cali - Colombia, ubicado en el barrio Mario Correa de la Comuna 18. Inicialmente funciona como un centro de atención para la tuberculosis y con el correr del tiempo, el Hospital sufrió muchos cambios a su interior, con la apertura progresiva de nuevos servicios asistenciales, fortaleciendo su recurso humano y tecnológico, para satisfacer la demanda creciente, especialmente en servicios como urgencias, cirugía y hospitalización. En los años 80 el hospital genera una expansión de sus servicios asistenciales y se construyen nuevas áreas administrativas y para la atención de pacientes en Urgencias, Pediatría y Pensionados. El hospital entonces se constituye en pieza clave y protagónica de la red de prestadores de servicios de salud de Cali y el Valle del Cauca.

Adecuándose a la Ley de Seguridad Social en Salud, las directivas de la entidad tomaron la decisión de reorganizar y modernizar cada uno de los servicios asistenciales y de apoyo administrativo, con el fin de convertir la entidad, en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) fundamentado en los principios de calidad y eficiencia. En el año de 1995 se convierte

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

en Empresa Social del Estado descentralizada (Decreto 1808 del 7 de noviembre de 1995), con autonomía administrativa y patrimonio propio.

MISIÓN

“Mejorar las condiciones de salud y bienestar de los pacientes, la familia y los colaboradores, mediante la prestación de servicios de mediana y alta complejidad a través de un modelo de atención orientado a la excelencia.”

VISIÓN

“En el 2028, Seremos una institución de salud acreditada, con participación activa en redes integradas e integrales de servicios; contando con un portafolio que responde a las necesidades de su población, fortalecido con las competencias y habilidades de su talento humano, logrando impactar social, económica y ambientalmente al ecosistema y generando valor, para sus grupos de interés.”

Siempre, desarrollando acciones de óptima calidad, sensibilidad y eficiencia, para acreditar el mejor servicio de salud y posesionar la imagen institucional en el bienestar de la comunidad, es la proyección permanente del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.

Ajustamos todas nuestras operaciones a la normatividad vigente del sistema general de la seguridad social en salud colombiano. Por consiguiente, realizamos e implementamos el Modelo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que se pone en marcha a través del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud PAMEC; el cual define el modelo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en el Hospital.

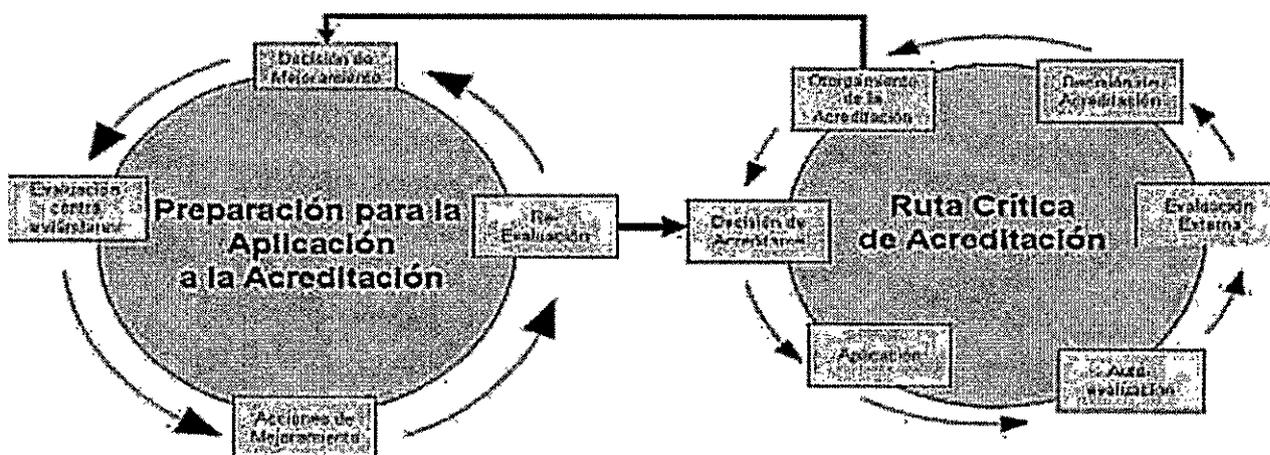
Dicho programa busca comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, de tal forma que se identifique la existencia de brechas de desempeño para implementar acciones de mejoramiento que optimicen la utilización de los recursos, aumenten la satisfacción del usuario, mejore el impacto en la salud y calidad de vida de los pacientes y la población que consulta nuestros servicios y ofrecer al usuario servicios de alta calidad.

En síntesis, el PAMEC del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo actúa en paralelo a lo largo de los cuatro componentes del modelo (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), en forma sistemática y es el promotor del mejoramiento hacia niveles nuevos y superiores de calidad.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

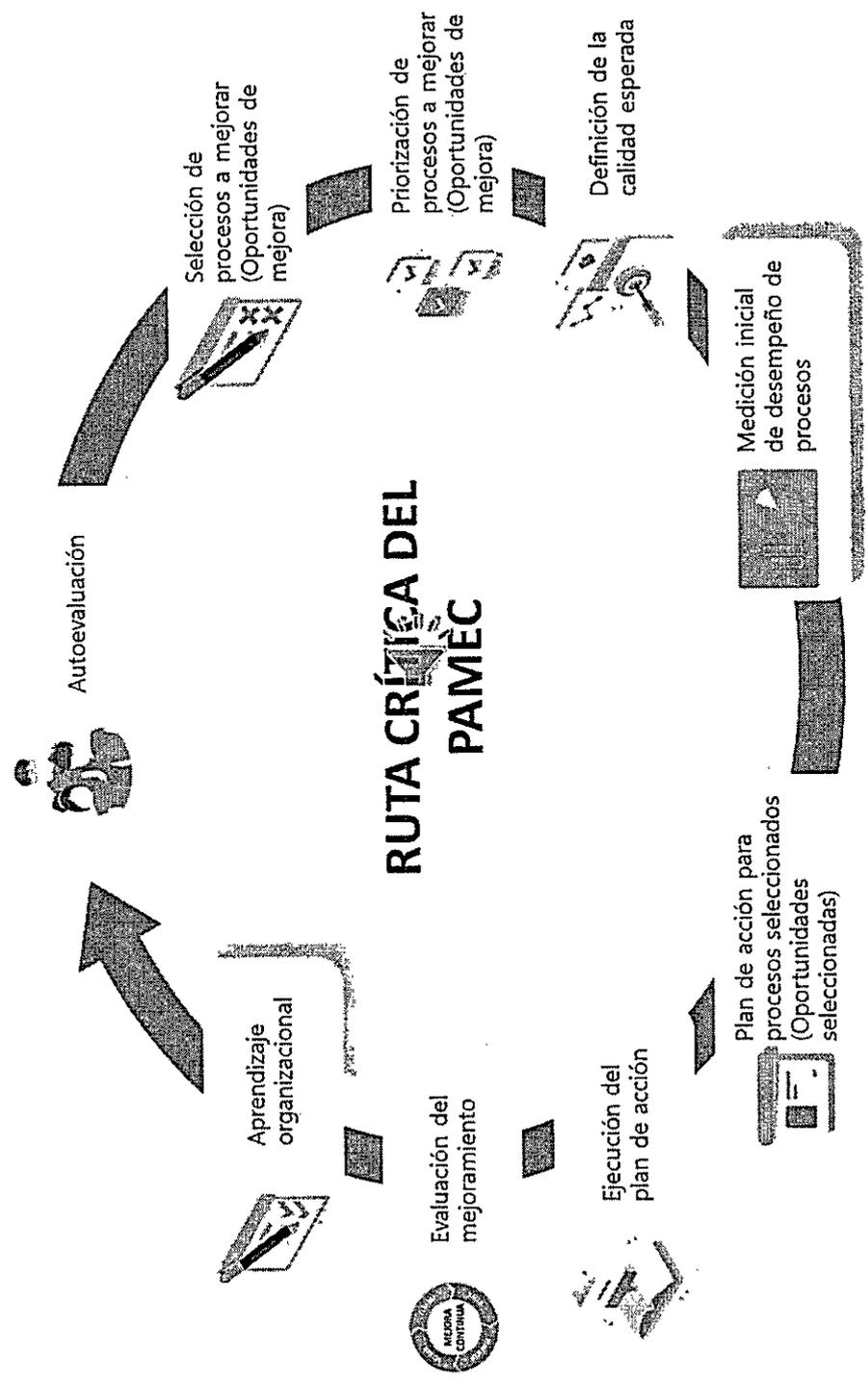
Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

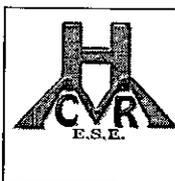


El PAMEC del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo se implementó siguiendo las fases de la ruta crítica definida por el Ministerio de la Protección Social, en las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y en las Guías del PAMEC, que se evidencian en el diagrama:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Diagrama 1. RUTA CRÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD





HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo definió como parámetro para desarrollar la ruta crítica los estándares del Sistema Único de Acreditación definidos en el manual de acreditación, el que define los niveles óptimos en materia de calidad y que desarrolla una metodología de trabajo basada en enfoque, implementación y resultados que permite un desarrollo armónico y organizado. A partir del año 2012, se definió la ruta crítica con el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial y los demás grupos de estándares administrativos. De esta forma a partir del año 2012 y 2013, se vienen realizando los ciclos de mejora basado es la ruta crítica donde se incluyen las etapas de autoevaluación cualitativa, autoevaluación cuantitativa, Priorización de oportunidades de mejora, elaboración, ejecución, seguimiento y verificación de las acciones de mejora.

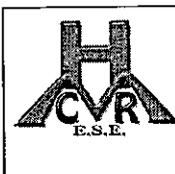
Este año inicia un nuevo ciclo de preparación para la acreditación, respetando la misma secuencia de actividades de los ciclos anteriores, pero incorporando nuevos elementos y conceptos a la metodología que buscan fortalecer el cierre de las oportunidades de mejora y no tanto el de las acciones de manera aislada. En este ciclo de mejora se utilizará el nombre de Plan de Mejora de Acreditación, con el fin de cambiar la imagen del ciclo de mejora, resaltando que el objetivo final es el cerrar las brechas con los estándares de acreditación y lograr una mejor y mayor participación de los colaboradores a todo nivel.

ACTIVIDADES PREVIAS AL DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO.

- Lanzamiento del Plan de Acreditación y de las novedades para este año.
- Identificación y selección de las personas que hacen parte de los equipos de autoevaluación y mejoramiento.
- Ajuste y actualización de los instrumentos necesarios que se utilizarán para la implementación de la ruta crítica del Plan de Acreditación, como son formatos de autoevaluación, de priorización, de desarrollo de planes de mejoramiento entre otros.
- Alineación de estándares de acreditación con ejes de acreditación.
- Elaboración de Cronograma de Trabajo.
- Preparación de la logística de las reuniones.

Los equipos de trabajo por grupo de estándares se definen en el siguiente cuadro. Esta conformación de los equipos de trabajo no es una camisa de fuerza, pues según la dinámica del estándar se pueden incluir otros integrantes o invitar a otros funcionarios para reforzar estándares específicos

Para cada equipo se identifican dos líderes los cuales estarán encargados de coordinar las actividades e informes del equipo respectivo.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

En este ciclo se busca fortalecer el liderazgo en otros funcionarios, así como la integración entre administrativos y asistenciales.

ESTÁNDAR	LIDERES	EQUIPO
Direccionamiento	Gerencia – Yamileth Garzón Planeación - Alejandra Navarrete	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirección administrativa Alexander Ordoñez • Subdirección científica – William Romero • Líder Humanización – Ana Lilian Vargas • Talento Humano– Oscar Salazar • Financiero- Carlos Cardona • Líder Atención Centrada en el usuario - Astrid Romero • Líder Seguridad del Paciente – Estefanía Arcilá • Líder Gestión de Riesgos – Marieth Villareal. • Líder Responsabilidad Social – Alexander Ordoñez • Líder Gestión de Tecnología -- Rodrigo González • Líder Transformación cultural – Oscar Salazar – Karin Aguirre • Control Disciplinario – Gustavo Arango • Control Interno – Jenny Lorena Gámez • Mercadeo – Cristian Gutiérrez • Convenios – Armando Mayorga • Calidad – Diego Andrés Infante
Gerencia	Subdirección administrativa – Alexander Ordoñez Calidad – Aracely Vente	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación - Alejandra Navarrete. • Humanización - Ana Lilian Vargas • Talento Humano - Oscar Salazar • SIAU – Astrid Sofia Romero • Subdirección científica – William Romero • Contratación – Joab Felipe Melo • Mercadeo – Cristian Gutiérrez • Líder Gestión de Riesgos – Marieth Villareal. • Gerencia – Yamileth Garzón. • Jurídico – Richar Villota • Costos – Juan Antonio Salazar • Control Disciplinario – Gustavo Arango • Control Interno – Jenny Lorena Gámez



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Ambiente Físico	<p>Subdirección Administrativa – Alexander Ordoñez</p> <p>Ing. Mantenimiento – Jaime Flor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Líder SGSST - Diana García • Activos fijos Brigada - Walter Escobar • Mantenimiento – Rodrigo González • Compras – María Cristina León • Líder Central de Esterilización. • Aseo - Francisco • Líder Humanización – Ana Lilian Vargas • Líder Seguridad del paciente – Estefanía Arcila • Líder Gestión de Riesgos – Marieth Villareal. • Subdirección Administrativa – Alexander Ordoñez • SUH – Esperanza Pinilla
Tecnología	<p>Subdirección administrativa – Alexander Ordoñez</p> <p>Ing. Biomédico – Rodrigo Gonzales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Químico Farmaceuta – Sergio Alejandro Rodríguez • Compras – María Cristina León • Mantenimiento – Jaime Flor • Sistemas – Mario Gonzales • Contratación – Joab Felipe Melo
Talento Humano	<p>Talento Humano – Oscar Salazar</p> <p>Talento Humano Nomina – Zarina Naranjo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SGSST - Diana García • Comunicaciones – Zoraya Giraldo • ASSTRACUD – • Psicóloga – Karim Aguirre • Líder Convenios – Armando Mayorga • Líder programa de Bienestar – Oscar Salazar • Subdirección administrativa – Alexander Ordoñez • Control Disciplinario – Gustavo Arango
Gestión de información	<p>Jefe de Sistemas de Información - Mario Gonzales</p> <p>Estadística – Oscar Parra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicaciones - Zoraya Giraldo • Gestión documental y archivo – Katerine Chirimuscay • Planeación - Alejandra Navarrete • Líder comité de historias clínicas – William Romero • Sistemas - Edgar Sea • Gestión de Indicadores – Claudia Ochoa • SIAU – Astrid Sofía Romero • Mercadeo – Cristian Gutiérrez • Facturación – Deyanira Lora • Subdirección administrativa – Alexander Ordoñez

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

Asistencial	Subdirección Científica – William Romero Calidad – Jorge Salazar	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio – Xiomara Baltan • Urgencias – Julio Baena • Hospitalización – Gabby Heredia • Cirugía – Marta Ríos • Apoyo Diagnóstico - Bonny Lobaton • Líder Humanización – Ana Lilian Vargas • Líder Seguridad del Paciente – Estefanía Arcila • Auditor concurrente – Camilo Herrera • Referencia – Julio Cesar Baena • SIAU- Astrid Romero • Mercadeo Admisiones – Cristian Gutiérrez • Líder PyM - Tatiana Franco • Regente – Angelica Gonzales • COVE – Natalia Savogal • Químico Farmaceuta – Sergio Alejandro Rodríguez • UCI – Jonnathan Hachito
Mejoramiento	Jefe de Calidad - Diego Infante Gestión de indicadores – Claudía Ochoa	<ul style="list-style-type: none"> • Líder Seguridad del paciente - Estefanía Arcila • SUH y ACPM – Esperanza Pinilla • Gestión de no conformes y paciente trazador – Tatiana Franco. • Gestión de Información documentada Administrativa – Aracely Vente • Gestión de Información documentada Asistencial – Jorge Salazar • Gerencia – Yamileth Garzón.

Uno de los aspectos claves de la metodología es el de fortalecer el modelo de mejoramiento institucional sugerido por el manual de acreditación.

5.2. MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

El Sistema Único de Acreditación establece unas pautas para el mejoramiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud, algunos de los elementos para tener en cuenta son:

El mejoramiento continuo puede surgir como idea de una o varias personas, pero tiene un contexto. En efecto, ocurre después de un análisis de la situación y como fruto del consenso de los equipos de mejoramiento, que son la clave del éxito del proceso de mejora continua y no de acciones individuales aisladas.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

El mejoramiento de la calidad surge de un cuidadoso ejercicio de auto evaluación, en el que se compara la calidad esperada (estándares) con la situación real de la institución.

Dicho proceso de comparación debe ser sistemático (continuo, periódico, disciplinado) y sistémico, es decir, que comprenda a la organización como un todo, incluyendo los diferentes estándares asistenciales y los estándares de apoyo, así como las diferentes fases del proceso de atención, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento, hasta la rehabilitación.

El mejoramiento debe abarcar tanto la estructura como los procesos y la medición de resultados. Un proceso de mejora centrado tan sólo en uno de los componentes sistémicos, por ejemplo, la estructura, constituye una visión fragmentada.

A la vez, el mejoramiento continuo y sistémico implica la articulación entre diferentes equipos de mejoramiento que deben basar su articulación en conceptos explícitos, para lo cual el abordaje de los ejes de la acreditación es una orientación concreta y precisa. La idea es identificar cómo se mejora en cada uno de los ejes, comprendiendo que el mejoramiento debe ser homogéneo y que es necesario contemplar las diferentes características o atributos de la calidad.

El mejoramiento se desarrolla como una "cascada" de información en doble vía, que puede originarse desde la alta dirección, a partir del análisis de resultados o de deficiencias de calidad y de otras fuentes de información que detecten problemas. También pueden surgir desde los niveles operativos, en este caso, de los equipos primarios de mejoramiento, que escalan las necesidades y posibilidades de mejora hacia la alta dirección.

El proceso de mejoramiento no puede ser delegado a un área específica, o convertido en el problema de un único responsable. Precisamente, lo que se requiere es que toda la organización esté al servicio del mejoramiento continuo, como filosofía institucional.

El mejoramiento es el resultado de un plan explícito que incluye cronogramas responsables, acciones concretas y metas específicas.

El mejoramiento debe ser demostrable, a través de tendencias estadísticas que en las etapas iniciales pueden, incluso, tener comportamientos negativos, en comparación con la situación inicial, tal como puede ocurrir en una institución que no registraba antes la ocurrencia de eventos adversos o que tenía un sistema ineficiente de detección de quejas y reclamos.

Los procesos de mejoramiento continuo requieren tiempo, recursos, prioridades, mediciones, equipos estables y motivados y, sobre todo, mucha paciencia.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Es posible que un proceso de mejoramiento serio y de largo plazo se deteriore rápidamente, si la alta dirección no le otorga la importancia o la continuidad requeridas.

Los tiempos para generar mejoramiento demostrable, a partir de oportunidades de mejora, frecuentemente trascienden las vigencias anuales y requieren consideraciones presupuestales y metas que en ocasiones pueden ser distintas, en cuanto a la temporalidad de las prácticas presupuestales habituales.

La transformación cultural, en el camino del mejoramiento continuo, es compleja y no se logra de un día para otro. Usualmente hay tropiezos relacionados con la agenda, cambios en el entorno, rotación del personal, insuficiencia de recursos, entre otros.

La articulación de múltiples posibilidades de mejoramiento puede ser compleja y, a veces, ocasiona confusiones en los líderes de calidad, en los equipos responsables de la operación, en las directivas, e incluso en quienes evalúan la gestión.

A partir de estas observaciones, el mejoramiento continuo de la acreditación ha evolucionado para que las instituciones ganen en su visión sistémica, articulen las herramientas de mejoramiento (por ejemplo, el aprovechamiento de otros modelos de mejora como el Seis Sigma o las normas ISO), propicien un análisis de riesgos y desarrollen una arquitectura del mejoramiento y una estructura responsable que dé cuenta de la mejora, la monitoree en el tiempo y controle posibles retrocesos. La filosofía de los estándares de la acreditación tiene la siguiente intencionalidad:

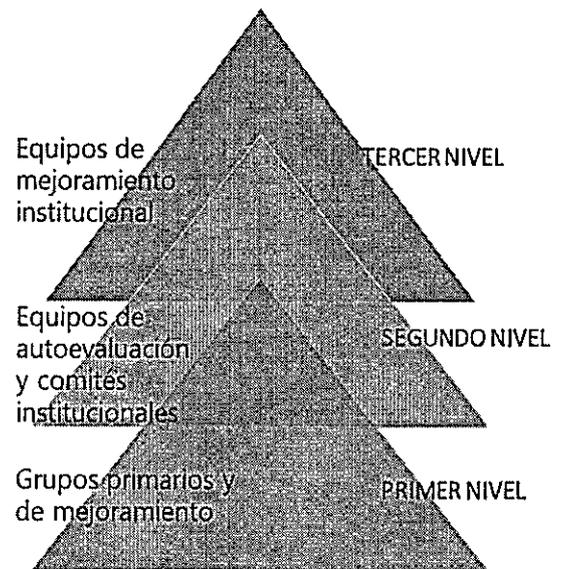
- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal, superando la documentación de procesos.
- Que se integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización, para que los procesos sean efectivos y eficientes.
- Que los procesos de calidad estén integrados en los procesos de la organización y que el mejoramiento se transforme en una cultura.
- Que los procesos de mejoramiento sean sostenibles en el tiempo.
- Que los procesos de mejora generen aprendizaje a la organización y al sistema en general.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

Por otra parte, los estándares de mejoramiento están pensados en la lógica de ciclos Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA) y un fuerte proceso interno y externo de comunicación y divulgación de las estrategias y los resultados, para generar aprendizaje organizacional y consolidar las mejores prácticas. A partir de esta dinámica de desarrollo de los estándares, se ha propuesto el siguiente esquema de estructura para los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud que desarrollan el proceso de preparación para la acreditación, con unos objetivos específicos y unas recomendaciones prácticas de conformación que esperamos sean de mucha utilidad práctica para las instituciones:

MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

- | | |
|-----------|---|
| 03 | Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 156, 157, 158, 159 y 160. |
| 02 | Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional. |
| 01 | Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan |



Según el modelo de mejoramiento se tienen tres niveles de mejoramiento:

PRIMER NIVEL. EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO

Objetivo: Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan. Operativizar las actividades y estrategias de mejoramiento a nivel del proceso.

- Apoyar la gestión del equipo PAMEC de los diferentes grupos de estándares.
- Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares. Esto se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de ellos y en la gestión y el desarrollo de los estándares.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

- Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente
- Realizar seguimiento a los indicadores del proceso.
- Realizar divulgación de las estrategias y directrices determinadas en el comité de Gerencia y comités institucionales según aplique.
- Realizar, difusión, construcción, divulgación, socialización, revisión y ajustes de las diversas metodologías, herramientas e información documentada que utilizar en proceso según el objetivo y actividades definidas en su caracterización de proceso.
- Realizar intervención y seguimiento a los planes de acción derivados de las auditorías internas y externas que involucren al proceso.
- Realizar análisis, intervención y seguimiento a las PQRSF relacionadas con el proceso.
- Realizar la gestión, reporte, análisis, intervención y seguimiento de los No conformes institucionales, donde pueden incluir reportes de fallas administrativas, incidentes asistenciales, eventos adversos, accidentes laborales, etc.

SEGUNDO NIVEL. EQUIPOS PAMEC O EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN, COMITÉS INSTITUCIONALES.

Objetivo: Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

- Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento institucional (comité de Gerencia)
- Facilitar y apoyar la gestión de los equipos primarios de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la institución.
- Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.
- Gestionar la implementación de la Ruta crítica del PAMEC para el grupo de estándares.
- Para los comités institucionales, consultar el Manual de comités institucionales.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

TERCER NIVEL. EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL - COMITÉ DE GERENCIA.

Objetivo: Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares de mejoramiento.

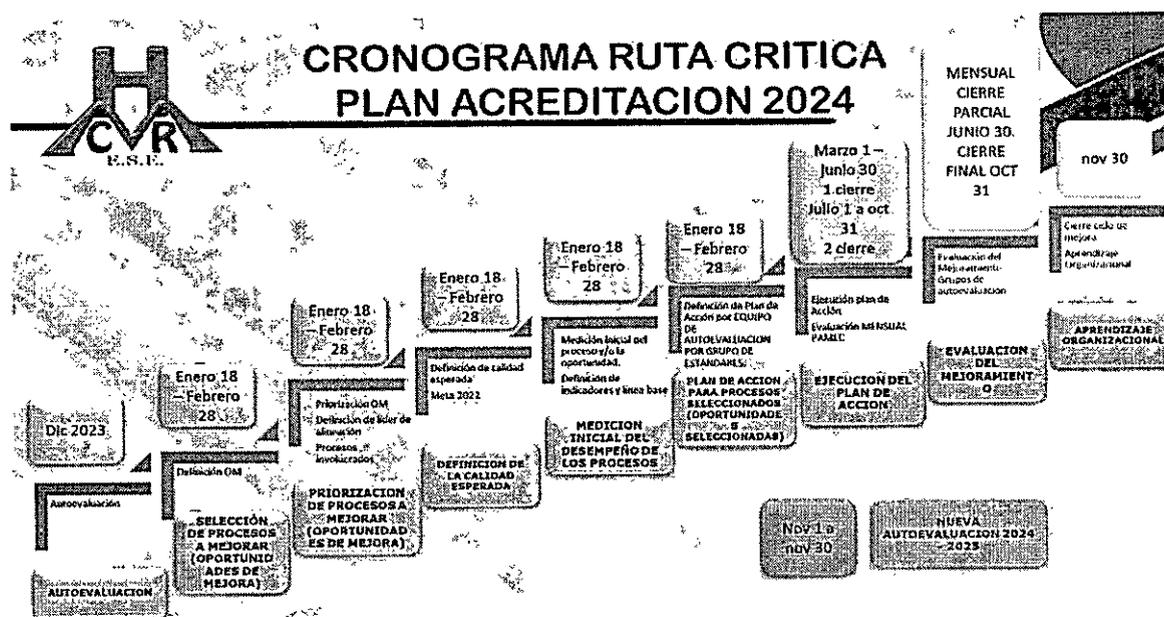
El equipo de mejoramiento institucional estará conformado por los mismos integrantes del equipo de autoevaluación de los estándares de mejoramiento de la calidad; tendrá un líder y estará integrado por los líderes de los equipos de autoevaluación o equipos PAMEC, en la institución se define que el comité de Gerencia realizar la labor de equipo de mejoramiento institucional.

- Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
- Evaluar el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.
- Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional.
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
- Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
- Apoyar la implementación de las políticas y programas institucionales.

El desarrollo de los tres niveles de mejoramiento se encuentra inmerso en el planteamiento de la metodología y el desarrollo de las oportunidades de mejora.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

En el siguiente gráfico se presenta el cronograma de trabajo del presente año el cual incluye las diferentes etapas del ciclo y los meses en los que se trabajaran dichas etapas.



ACCIONES PREVENTIVAS, DE SEGUIMIENTO Y COYUNTURALES

Como parte del desarrollo se han establecido diferentes tipos de acciones a nivel de estructura y desarrollo del mejoramiento institucional.

En lo referente a **las acciones preventivas**, se han establecido cambios en la dinámica institucional como son la formalización del ciclo de mejora y la conformación de los equipos de mejora desde la alta gerencia. Se han mejorado los niveles de detalle en los formatos y herramientas de trabajo, para facilitar o evitar las desviaciones en el proceso, por ejemplo, los campos de fortalezas se han dividido en fortalezas de enfoque, implementación y resultados, para ayudar a los participantes interiorizar y registrar las fortalezas de acuerdo con las dimensiones de calificación de acreditación.

También se ha incluido una columna para identificar si las oportunidades de mejora cuentan con los recursos necesarios o si se pueden gestionar las barreras, para poder ejecutar las oportunidades de mejora.

Otras acciones preventivas se han enfocado en la preparación previa del material o información a trabajar en el ejercicio de autoevaluación, de tal forma que se tenga adelantado el registro de las evidencias y se optimicen los tiempos de reunión.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Dentro de la dinámica de las oportunidades de mejora, se ha impulsado el manejo de listas de chequeo o de pre-alistamiento por parte de los funcionarios antes de atender o intervenir a los usuarios.

Otra acción preventiva fue la de ajustar el cronograma de la ruta crítica, adelantando el cierre al mes de noviembre, lo que permite utilizar diciembre para consolidar las evidencias de cierre de ciclo, presentar informes y adelantar las autoevaluaciones por cada grupo de estándares.

Respecto a **las acciones de seguimiento**, se ha establecido una matriz de seguimiento por cada equipo de autoevaluación por grupo de estándares, donde se incluyen campos específicos para registrar el avance mensual con lo realizado, o en su defecto para registrar las barreras identificadas y la gestión realizada. En esta plantilla también se definió un espacio de observaciones por parte del equipo de calidad o asesor externo. De esta forma se guarda registro y trazabilidad de las recomendaciones y observaciones encontradas en los ejercicios de soporte y auditoría a cada equipo por grupo de estándares.

Se ha creado un chat exclusivo para el manejo de la información del desarrollo y avance del plan de acreditación, y en este mecanismo y en los correos electrónicos, se informan los avances mensuales de cada equipo, como también las situaciones o cambios en las dinámicas.

Se ha establecido un cronograma mensual de los comités y reuniones de trabajo, para de esta forma permitir que los involucrados organicen sus agendas para todo el año, y se optimicen las reuniones a todo nivel.

Respecto a **las acciones coyunturales** se definen algunos indicadores claves para reporte de los equipos primarios de mejora, los cuales van a ayudar mantener el sistema de mejoramiento e impulsar la interiorización del plan de acreditación. Entre estos indicadores se cuenta con el indicador entrega de soportes de indicadores, cumplimiento a los planes derivados de las auditorías internas y externas, gestión de no conformes, reporte de no conformes, gestión de eventos adversos, reporte de actas de equipos primarios y calidad de las actas de equipos primarios. El ítem de calidad de las actas de equipos primarios incluye las evidencias de socialización, comunicación o gestión de las actividades y/o las oportunidades de mejora derivadas de los planes de acreditación según correspondan.

Por otro lado, cada una de las plantillas de plan de acción por equipo, incluye una pestaña de identificación y seguimiento a los indicadores asociados a cada oportunidad de mejora priorizada, de esta forma cada equipo puede evidenciar si con las acciones desarrolladas se acerca o no a las metas propuestas para realizar los ajustes en caso de desviación o tener evidencias cuantitativas en caso de lograr la meta y cumplir con las oportunidades de

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

mejora respectivas. Esto facilitaría el tener evidencias que soporten el aprendizaje organizacional una vez termine el ciclo de mejora. Se adiciona una celda de análisis del resultado del indicador, independientemente de si se cumple o no la oportunidad de mejora.

Otra de las acciones establecidas fue la presentación de un informe de gestión por cada equipo PAMEC, donde se pudiera evidenciar el aprendizaje organizacional, obtenido como resultado de la ejecución del ciclo de mejora.

5.3. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

5.3.1. AUTOEVALUACIÓN

El primer paso implementado por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, para el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), consiste en establecer qué es lo que se puede mejorar, (identificación del problema) para ello se realiza una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la Institución, que pretende identificar los problemas o brechas de calidad que afectan a la Institución.

Esta autoevaluación es ejecutada por un equipo de Autoevaluación y Mejoramiento, conformado por los líderes de los procesos del Hospital y la alta dirección.

Para este ciclo se ha realizado un ajuste en la plantilla, de tal forma que se oriente a los equipos a tener más detalles en la comprensión de los criterios por estándar, como también a identificar mejora las fortalezas y lograr clasificarlas en las dimensiones de enfoque, implementación o resultado.

Para el ejercicio de Autoevaluación se deben tener en cuenta los ejes trazadores del Sistema Único de Acreditación:

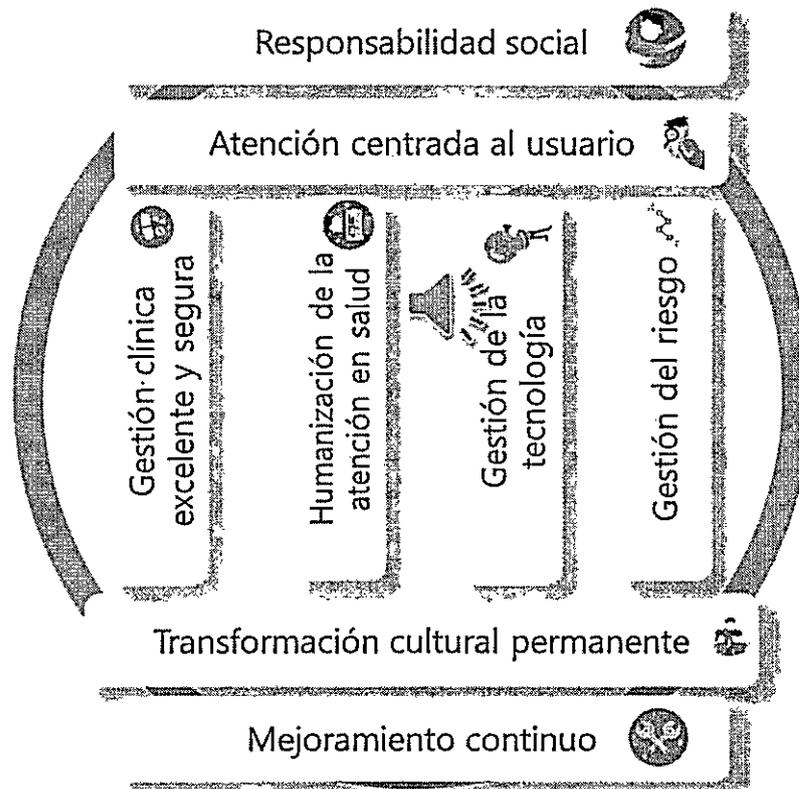
- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir algún evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de contribución a la salud y bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgo y costos.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

- Gestión de la Tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición que beneficie a los usuarios y las instituciones.
- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y la sociedad en general.
- Mejoramiento continuo es el conjunto de todas las acciones diarias que permiten que los procesos y las instituciones sean más competitivos en la satisfacción del usuario y su familia, los clientes internos y externos, proveedores y demás partes interesadas.

EJES DE ACREDITACIÓN



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

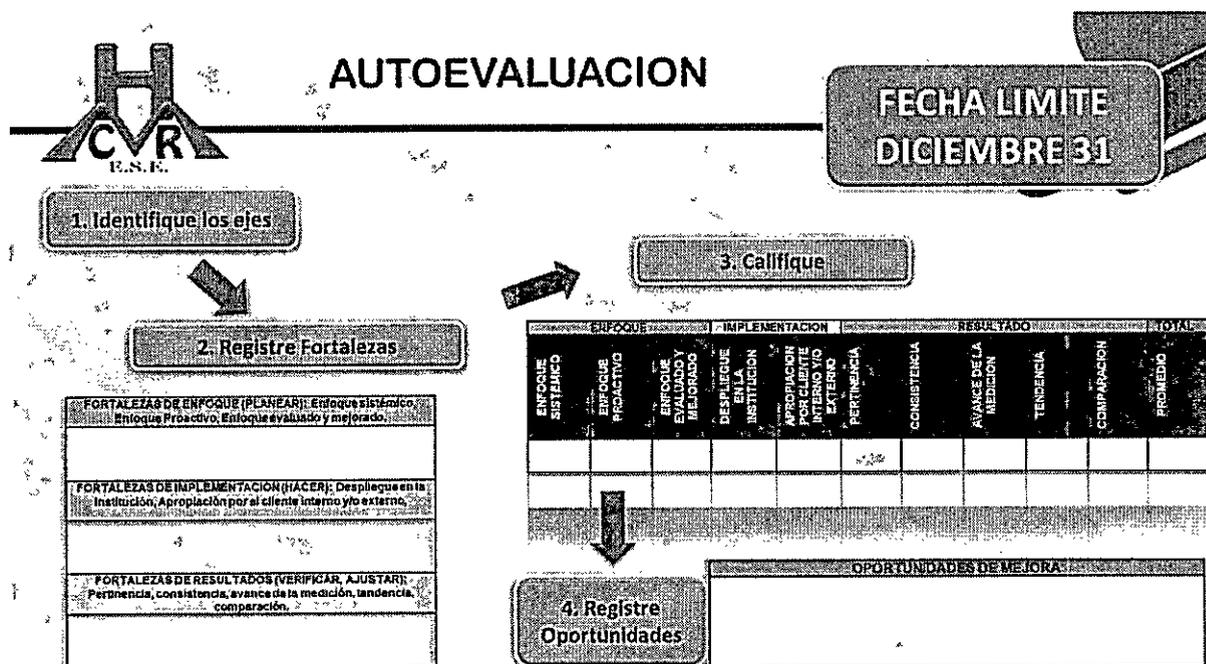
Cada uno de los estándares y criterios del manual de acreditación se relacionan en mayor o menor grado con alguno o algunos de los ejes descritos.

Autoevaluación Cualitativa: Se basa en la identificación de fortalezas y oportunidades de mejoramiento que presenta el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, teniendo como referente los estándares de acreditación.

Las fortalezas son definidas como, todos los atributos de los procesos que han logrado resultados de su implementación y que se constituyen factores críticos de éxito para el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.

Las oportunidades de mejoramiento son aquellos mecanismos que deben ser implementados por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados.

Autoevaluación Cuantitativa: Donde el equipo de trabajo evalúa de manera numérica a la organización desde el enfoque, implementación y los resultados de los procesos.



Se toma como referencia la escala de calificación del Sistema Único de Acreditación, la cual evalúa diez variables dentro de estas tres dimensiones, que mostramos a continuación:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Proceso de Autoevaluación

Enfoque: Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.

Implementación: Hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos.

Resultados: Hacer referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

VARIABLE	CALIFICACION		RESULTADO
	2	3	
Pertinencia: Grado en que los resultados (hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar evaluado	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.
Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la Medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejora general a lo largo del tiempo.	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se emplean a tomar decisiones operativas con base en la información.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.
Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentran en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Ver: (En la herramienta cartilla de Autoevaluación por grupo de estándares, se realizan los ejercicios de Autoevaluación cualitativa, cuantitativa)

ANEXO FT- GCAL-019 Formato Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa

5.3.2. SELECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA (PROCESOS A MEJORAR)

Las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación se confrontan con el mapa de procesos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo y se determina a cuál o cuáles procesos pertenecen. Igualmente se detectan cuales estándares tienen oportunidades de mejora para ser priorizados.

En esta ocasión los procesos seleccionados fueron los misionales por ser los de impacto directo al usuario y su familia, aunque también se amplió el alcance a los procesos administrativos de direccionamiento, gerencia y sistemas.

PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESOS	COSTO	RIESGO	VOLUMEN	RESULTADO
CIRUGÍA	5	5	5	125
AMBULATORIOS	5	5	5	125
HOSPITALIZACIÓN	5	5	5	125
APOYO DIAGNÓSTICO	5	5	5	125
URGENCIAS	5	5	5	125
REFERENCIA	4	4	3	48
COVE	4	5	4	80
SISTEMAS	3	5	4	60
RECURSOS FÍSICOS	3	4	4	48
DIRECCIONAMIENTO	4	3	3	36
GERENCIA	3	4	3	36
TALENTO HUMANO	2	3	2	12
FINANCIERO	2	3	2	12



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Como el alcance del Sistema Único de Acreditación es para toda la organización, se cuenta con una matriz de correlación que identifica la relación entre los procesos definidos según el mapa y el total de grupos de estándares del Manual de Acreditación.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

SUBPROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

MATRIZ DE CORRELACION PROCESOS VS ESTANDARES DE ACREDITACION

PROCESOS / ESTANDARES	Asistencia	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente físico	Tecnología	Información	Mejoramiento
Direccionamiento Estratégico		X	X					X
Gestión de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X
Atención al Usuario	X						X	X
Urgencias	X							X
Ambulatorio	X							X
Hospitalización	X					X		X
Cirugía	X					X		X
Apoyo diagnóstico	X					X		X
Gestión Jurídica			X					X
Gestión Talento Humano			X	X	X			X
Gestión de sistemas de Información						X	X	X
Gestión Administrativa y financiera		X	X					X
Gestión de Tecnología						X		X
Gestión del Ambiente Físico					X	X		X
Control Interno Disciplinario				X				X
Gestión de control interno		X	X					X



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

5.3.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS Y/O DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Esta se realiza para identificar los estándares que impactan con mayor fuerza la atención a la comunidad. El Hospital Departamental Mario Correa ha definido la matriz de priorización, que contiene los criterios costo, volumen y riesgo, los cuales son valorados por el equipo de Autoevaluación y mejoramiento e identifican el NPR (Nivel de Prioridad de Riesgo).

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento

Riesgo: Al que se expone un usuario, la institución o los clientes internos sino se lleva a cabo el mejoramiento.

Volumen: La Cantidad de clientes internos o usuarios que pueden impactarse con la oportunidad de mejora.

CRITERIOS DE PRIORIZACION		
RIESGO	VOLUMEN	COSTO
Califique como 1 o 2 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es inexistente o leve	Califique como 1 ó 2 si el número de clientes internos y/o externos atendidos o que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es bajo ó muy bajo	Califique como 1 ó 2 si la falla del proceso tiene un efecto financiero inexistente o leve
Califique como 3 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es moderado	Califique como 3 si el número de clientes internos y/o externos atendidos o que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es medio	Califique como 3 si la falla del proceso tiene un efecto financiero moderado
Califique como 4 ó 5 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es severa ó catastrófica	Califique como 4 ó 5 si el número de clientes internos y/o externos atendidos o que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es alto ó muy alto	Califique como 4 ó 5 si la falla del proceso tiene un efecto financiero alto o severo

El plan de mejoramiento se enfocará en aquellos estándares que obtuvieron mayor criticidad en su priorización, la máxima calificación que se puede obtener en la matriz es de 125 puntos, se sugiere escoger las oportunidades de estándares con calificación superior a los 80 puntos. Pero cada equipo de autoevaluación podrá definir internamente el límite de priorización.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Adicionalmente se considera también el estado de la disponibilidad de recursos para para las oportunidades de mejora, como un criterio final de priorización.

El resto de las oportunidades se priorizarán y analizarán en el siguiente ciclo. Cuando el enfoque del PAMEC es el de acreditación, la herramienta de priorización es muy útil para priorizar la fecha para en la que se puede intervenir la oportunidad de mejora, ya que, por la metodología de calificación del Plan de Gestión, a las IPS públicas no les conviene dejar estándares sin mejora evidente en el ciclo de mejora.

DEFINICION Y PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

NOMBRE GRUPO DE AUTOEVALUACION	PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA				
	OPORTUNIDAD DE MEJORA (se identifican a partir de la lista de fortalezas o fortalezas incipientes o permanentes)	CRITERIOS			
		Riesgo	Costo	TOTAL	
	ESTABLECER UNA ESTRATEGIA PARA ABORDAR E INFORMAR A UN PACIENTE VICTIMA DE UN EVENTO ADVERSO. 1 primera víctima , 2 víctima , 3 víctima .	4	5	5	100
	Implementar una herramienta o estrategia que facilite el mecanismo de reporte.				
	Apoyo de gestores que ayuden al fortalecimiento de la política en el personal asistencial				
	Mejorar el alcance del impacto de la política de seguridad del paciente en el servicio de homecare y tercerero.				

FECHA LIMITE FEBRERO 28

Priorización

Ver: (En la herramienta Matriz de Priorización).

ANEXO FT- GCAL-042 Formato Plan de Mejora Acreditación

5.3.4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA Y MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Significa establecer como se espera que se realicen los procesos, como punto de partida se tomara que la calidad esperada deberá ser la obtención de una calificación de 3 en la escala de valoración cuantitativa para cada uno de los estándares priorizados, adicionalmente existirán algunos indicadores complementarios que permita a la institución avanzar de manera firme al logro del objetivo del estándar.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

La autoevaluación cuantitativa permitió obtener la calidad observada y al mismo tiempo identifico la brecha existente frente a lo esperado.

Para el periodo 2024 la calidad esperada es la de lograr una variación de 1,2 con relación al resultado del año anterior.

RESULTADO DE AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.																
Grupo de Estándares	Referencia	Promedio 2012	Promedio 2013	Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2017	Promedio 2018	Promedio 2019	Promedio 2020	Promedio 2021	Promedio 2022	Promedio 2023	META 2024	Variación 2021 vs 2022	
ASISTENCIALES	3	1,3	1,4	1,7	1,7	1,9	1,77	1,92	2,00	2,06	2,18	2,14	2,23	2,41	1,04	
DIRECCIONAMIENTO	3	1,3	1,6	1,8	1,9	2,1	1,77	1,80	2,27	2,42	2,37	2,56	3,18	3,43	1,24	
GERENCIA	3	1,3	1,5	1,8	1,9	2,0	1,87	1,79	1,89	2,09	2,01	2,31	2,67	2,88	1,16	
TALENTO HUMANO	3	1,4	1,7	1,9	1,8	1,9	1,87	1,84	1,85	2,02	1,76	2,19	2,42	2,61	1,10	
AMBIENTE FÍSICO	3	1,2	1,4	1,8	1,8	1,9	1,71	1,74	1,63	1,92	2,05	2,15	2,31	2,49	1,08	
TECNOLOGÍA	3	1,1	1,5	1,8	1,8	1,9	1,88	1,83	1,85	2,09	2,10	2,28	2,48	2,67	1,09	
INFORMACIÓN	3	1,3	1,6	1,8	1,8	2,0	1,99	1,91	2,11	2,14	1,98	2,17	2,36	2,55	1,09	
MEJORAMIENTO	3	1,0	1,5	1,9	2,0	2,2	2,12	2,18	2,30	2,34	2,20	2,28	2,44	2,64	1,07	
PROMEDIO DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA		1,2	1,5	1,8	1,8	2,0	1,87	1,88	1,99	2,14	2,08	2,26	2,51	2,71		
INDICADOR 1:		1,05	1,17	1,03	1,09	0,93	1,00	1,06	1,07	0,97	1,08	1,11	1,20			

Cada equipo de autoevaluación por grupo de estándares también propone su meta por equipo en la plantilla de calificación.



DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA

**FECHA LIMITE
FEBRERO 28**

AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA				NOMBRE GRUPO DE ESTANDARES											
Numeral	Referencia	Calificación 2014	Calificación 2020	IMPLEMENTACION			RESULTADO						Meta 2024		
				Despliegue de la política institucional	Aceptación por el cliente interno y/o externo	Participación	Consistencia	Análisis de la muestra	Revisión	Completación	Meta 2023				
5	3	1,1	1,1												
6	3	1,2	1,2												
7	3	1,3	1,3												
8	3	1,4	1,4												
22	3	1,0	1,0												
40	3	2,1	2,1												
74	3	2,3	2,3												
TOTAL		2,0	2,0												

**Autoevaluación
Cuantitativa 2023**

Meta 2024

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

5.3.5. CALIDAD OBSERVADA

El ejercicio de calidad observada se realiza en varias formas, por un lado, el equipo de calidad presta apoyo y seguimiento a cada uno del equipo de grupo de estándares en el desarrollo de cada una de las etapas. En las auditorías internas de calidad que desarrollara la IPS, se tienen en cuenta los resultados de los hallazgos en cada proceso auditado, de esta manera se garantiza un sistema coordinado de calidad, pues todas las acciones cerradas por el plan de mejora de acreditación hacen parte del SGC de la organización.

La autoevaluación cuantitativa permite obtener la calidad observada y al mismo tiempo identifica la brecha existente frente a lo esperado, por lo tanto, el equipo de autoevaluación por grupo de estándares es el encargado de identificar la calidad observada.

La institución cuenta con la programación anual de auditorías internas y uno de los aspectos que se evaluará será la ejecución del PAMEC para cada grupo de estándares.

Las técnicas de Auditoría como Verificación de registros, Inspección, Análisis de datos, Entrevistas, permitirán evaluar los procesos y las oportunidades de mejora priorizadas por cada grupo de estándares.

Periódicamente los líderes de los equipos presentan el avance del plan de mejora por estándar, en el comité de gerencia, donde también son presentadas las barreras que impiden la ejecución del plan de mejora, como también las posibles soluciones.

5.3.6. DEFINICIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO POR GRUPO DE ESTANDARES.

En esta fase se desarrollan estrategias específicas para el cierre de las brechas, encontradas en la autoevaluación. A partir de las oportunidades de mejora priorizadas, se identifican por el equipo de trabajo las acciones detalladas para lograr la oportunidad identificada. En el plan de mejora se identifican también los responsables de ejecutar y apoyar las acciones, las fechas de entrega (meses), barreras, indicadores relacionados (si aplica), el seguimiento a las acciones, evidencias y el estado final de la acción (cerrada, en proceso, atrasada o No iniciada).

Estos planes de mejoramiento están divididos por cada uno de los grupos de estándares y a los cuales el comité de gerencia y comités institucionales de la IPS les realizarán seguimiento periódico.

DEFINICION PLAN DE ACCION POR EQUIPO DE AUTOEVALUACION

**FECHA LIMITE
FEBRERO 28**

No.	COD.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	INDICADOR DE PHVA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	INDICADOR DE SUSPENDIDA	DE MONITOREO PLAZO LARGO (Planificación y Control)	PLAZO LARGO DE ENTREGA	ENTREGABLES
		QUE VAMOS A HACER? (Recuerda que debe iniciar con un verbo en infinitivo)	Enfoque (Planear, Implementación, Hacer); Resultado (Verificar, Ajustar)	COMO LO VAMOS A HACER? Actividades específicas para desarrollar la oportunidad, en ciclo PHVA (deben iniciar con verbo en infinitivo)	Cuál es la medida que se propone o se va a implementar?	Se propone evaluar en el ciclo PHVA, por acción, su cumplimiento, el equipo del grupo primero	Colocar solo el MES	Evidencias que se deben entregar para cerrar cada acción
			E (P) I (H) R (V-A) E (P) I (H) R (V-A)					

Oportunidad de mejora ya priorizada

Definición Plan de ACCION por Oportunidad de Mejora Priorizada

Para cada oportunidad de mejora se define el indicador o indicadores relacionados, la línea base y la meta esperada.

MEDICION INICIAL Y EVALUACION DEL MEJORAMIENTO

**FECHA LIMITE
FEBRERO 28**

No.	COD.	OPORTUNIDAD DE MEJORA	INDICADOR DE MEJORA (INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE MEJORA)	INDICADOR DE ACCION (INDICADOR DE ACCION DE MEJORA)	INDICADOR DE MONITOREO PLAZO LARGO (INDICADOR DE MONITOREO PLAZO LARGO)	INDICADOR DE SUSPENDIDA	INDICADOR DE MONITOREO PLAZO LARGO (Planificación y Control)	PLAZO LARGO DE ENTREGA	ENTREGABLES

Nombre del indicador

Unidad de Medida

Tendencia para el análisis

Línea base 2023

Meta 2024

Formulación del indicador

Identificar y registrar los indicadores que van a evidenciar el cumplimiento de la oportunidad de mejora

Algunos de los aspectos nuevos en ese ciclo es la medición tanto de oportunidades de mejora, como de acciones de mejora. Pues la primera va de la mano con el ciclo de mejora y la segunda es la forma como el ministerio mide el PAMEC en el indicador 2 del plan de gestión o en la circular 12, que hace parte de la circular única.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

También se incluyeron campos para registrar las barreras y las evidencias de seguimiento.

Ver: (Plan de Mejora de Acreditación).

ANEXO FT- GCAL-042 Formato Plan de Mejora Acreditación

Conforme se inicia la medición de indicadores, se ejecuta el programa de auditoría interna, y se pueden identificar nuevas oportunidades de mejoramiento. Estas oportunidades se podrán incluir, adicionar o fusionar con las oportunidades y acciones ya planteadas originalmente, de esta manera se podrá reforzar permanentemente el enfoque del plan de mejora de cada grupo de estándares. El Pamec es un documento vivo que puede cambiar según las características y dinámica de la institución.

5.3.7. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecidos. Estas acciones se trabajarán directamente en los grupos primarios o equipos de acreditación de cada uno de los procesos o servicios identificados, y tendrán un seguimiento periódico por el equipo líder de acreditación cada grupo de estándares.

En la ejecución de los planes de mejoramiento, es posible que se necesite involucrar a funcionarios de otras áreas, o que la oportunidad de mejora sea transversa a varios grupos de estándares o procesos, por lo cual es importante.

El equipo de calidad realizará acompañamiento periódico a los equipos en la gestión de las acciones de mejora identificadas, como también se revisará mensualmente el avance en la ejecución y cierre de las acciones. El formato de plan de mejora cuenta con los campos de seguimiento y evidencias. En los cuales se debe registrar los avances y documentos soporte específicos para cada una de las acciones del plan de mejora.

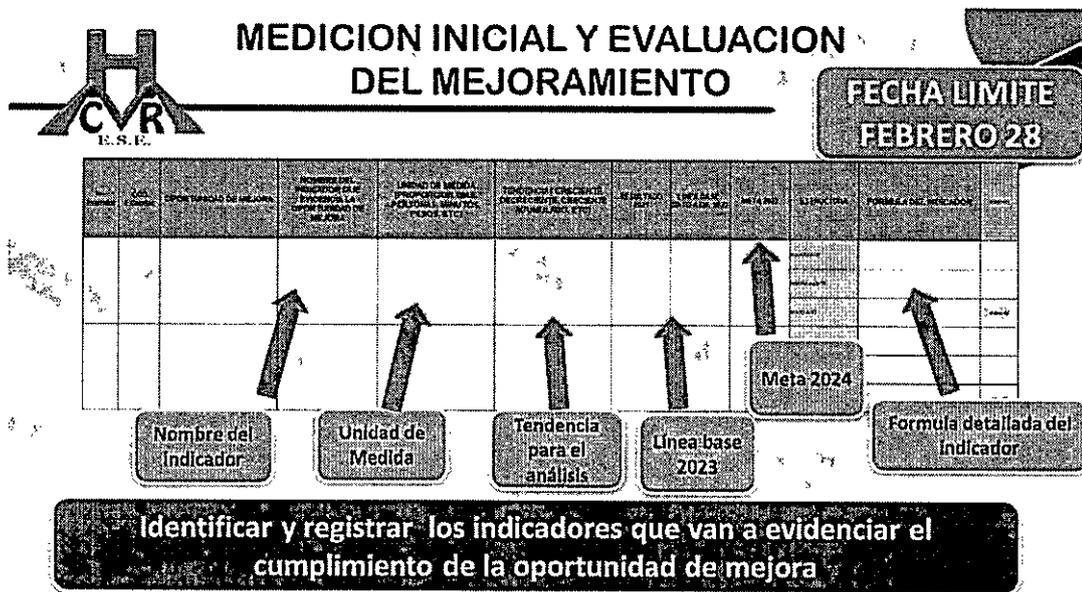
5.3.8. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO

En el comité de Gerencia o comité de mejoramiento sistémico se identifican y garantizan los recursos necesarios para la correcta implementación de las acciones planteadas, así mismo se hace seguimiento a la ejecución, con el fin de evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste, durante este seguimiento también se tiene en cuenta los resultados de indicadores y las auditorías realizadas.

Los indicadores de seguimiento se encuentran definidos en la matriz de indicadores de cada proceso, los cuales son reportador periódicamente en comité de Gerencia, como también son identificados los indicadores relacionados con las oportunidades de mejora de cada equipo PAMEC.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Se estableció una nueva plantilla donde cada equipo de autoevaluación puede registrar la medición inicial del proceso (según aplique), la meta y hacer seguimiento al comportamiento de los indicadores relacionados con cada oportunidad.



Cada equipo por grupo de estándares deberá registrar el avance de los indicadores definidos para las oportunidades de mejora, de esta forma se podrán realizar ajustes a las acciones, según se requiera.

Cada equipo de trabajo por grupo de estándares debe guardar un archivo digital y físico con las principales evidencias del cierre de las acciones del plan.

Periódicamente el equipo de calidad o el grupo de auditoría interna podrán solicitar las evidencias de cierre de las acciones de mejora.

SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION POR CADA EQUIPO DE AUTOEVALUACION

Marzo 1 – junio 30: 1 cierre
Julio 1 a OCT 31: 2 cierre

ENTREGABLES	SEGUIMIENTO DE EJECUCION Y BARRERAS	EVIDENCIA DE CIERRE DE LA ACCION	ESTADO DE LA ACCION						
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE		
Evidencias que se deben entregar para cerrar cada acción	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Primero marca la fecha de reunión o seguimiento, y escribe el avance de la acción, el porcentaje y escribe las causas del atraso o barreras. Registre la gestión y cierre de la barrera según el caso.	Documentos, formatos y registros generados, resultados del indicador, relaciones (OJO NO SE PUEDE CORRER ACCIONES SIN EVIDENCIAS). Si el indicador registra "cumplimiento o mejora, también debe registrar como evidencia.	Cerradas, En proceso, Atrasadas, No iniciadas

Registre el Seguimiento a la acción y la gestión de barreras de forma MENSUAL, hasta el cierre de la acción

Registre la evidencia de cierre de acuerdo a los entregables

EVALUACION DE CUMPLIMIENTO MENSUAL EQUIPO DE AUTOEVALUACION

ESTADO DE AVANCE DEL PLAN DE ACCION POR PROCESO

CATEGORIAS	TOTAL ACCIONES	PORCENTAJE DE AVANCE ACCIONES	TOTAL OPORTUNIDADES	PORCENTAJE DE AVANCE OPORTUNIDADES
TOTAL COMPLETAS	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL EN PROGRESO	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL ATRASADAS	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL NO INICIADAS	42	100,0%	14	100,0%
TOTAL ACCIONES	42	100%	14	100%

META 90%

Cumplimiento ACCIONES de mejora de cada EQUIPO POR GRUPO DE ESTANDARES

Cumplimiento OPORTUNIDADES DE MEJORA de mejora de cada EQUIPO POR GRUPO DE ESTANDARES

INICIA 1 DE MARZO
TERMINA 31 DE OCTUBRE

En la etapa de ejecución, se realizará un seguimiento mensual tanto al avance en las oportunidades de mejora, como en las acciones de mejora.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

5.3.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Cuando se han alcanzado mejoras en los procesos prioritarios, en la misma matriz se consigna:

- Las Evidencias de mejoramiento realizadas, y la evidencias o documentos que se crearon, modificaron, adaptaron, etc.
- En caso de que aplique se registra la capacitación y entrenamiento al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.
- En algunos casos se evidencia medición continua de los indicadores del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando

Igualmente, el proceso de calidad con base en el procedimiento de Control de información documentada, (procedimientos, manuales, guías, instructivos, formatos, etc.) generados o modificados durante la ejecución del PAMEC. Esta información se puede ver en el listado maestro de documentos.

Las experiencias consideradas como exitosas se registran en la ficha de aprendizaje organizacional, la cual sirve como evidencia historia del mejoramiento institucional.



APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL POR GRUPO DE ESTANDARES

31 DE OCTUBRE

EVIDENCIA DE CIERRE DE LA ACCIÓN	ESTADO DE LA ACCIÓN	EVIDENCIA DE CIERRE DE LA OPORTUNIDAD - APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL			ESTADO DE LA OPORTUNIDAD
		CUAL ERA LA SITUACION INICIAL?	QUE SE HIZO PARA DESARROLLAR LA OPORTUNIDAD DE MEJORA?	QUE SE LOGRO?, COMO SE EVIDENCIA LA MEJORA EN TERMINOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS?	
Documentos, formularios y registros generados. Resultados del indicador relacionado (OJO NO SE PUEDEN CERRAR ACCIONES, SIN EVIDENCIAS). Si el indicador registra cumplimiento o mejora, tambien debes registrarla como evidencia.	C. Cerrada, P. En proceso, A. Acreditado, H. No acreditada	Describe de manera breve cual era la situación inicial.	Describe de manera breve las principales actividades desarrolladas para el cumplimiento de la oportunidad. Cuantos y cuales documentos se crearon o actualizaron? Cuales y cuales socializaciones, entrenamientos, capacitaciones se realizaron?	Evidencia de forma cualitativa y cuantitativa como se cumple la oportunidad de mejora. Como se cierra o disminuye la brecha frente al estándar de acreditación. Que indicadores se definieron? Cual era la línea de base? Cual era la meta? Cual fue el resultado?	C. Cerrada, P. En proceso, A. Acreditado, H. No acreditada

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Cuando la nueva autoevaluación o los indicadores del proceso mejorado demuestran que la calidad lograda permanece en el tiempo o aun mejora más. Esto permite concluir que el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, aprendió y se cierra este ciclo de mejoramiento para iniciar otro nuevo ciclo y seguir el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

5.4. RESULTADOS PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2022

INDICADOR 1.

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

FÓRMULA DEL INDICADOR.

Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.

DOCUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN VIGENCIA EVALUADA 2023 Y VIGENCIA ANTERIOR 2022

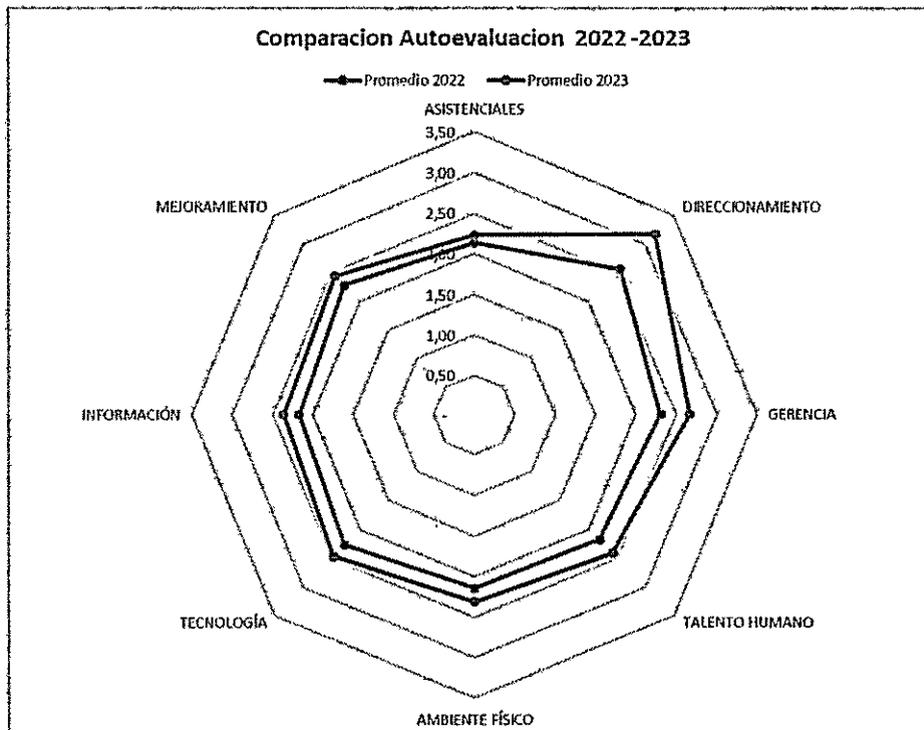
Como resultado del ejercicio de Autoevaluación cuantitativa de los estándares de acreditación al cierre del ciclo de preparación para acreditación, se obtiene un promedio de calificación en la autoevaluación de 2,51 para el periodo 2023, lo cual evidencia un incremento respecto al 2.26 obtenido en el año 2022. El ejercicio de comparación entre 2023 y 2022 dio un resultado de 1.11; lo cual genera una calificación de (3) puntos según el anexo 2 de la resolución 408 de 2018. Es necesario resaltar la actitud y compromiso de los diferentes equipos de trabajo y en especial de la alta gerencia de fortalecer el mejoramiento continuo, a pesar de los múltiples factores internos y externos como la rotación de personal, las dificultades con el recaudo a las EPS, las dificultades para ejecutar recursos para temas de infraestructura, sistemas de información, tecnología y talento humano y la afectación a todo el sector salud por efectos de la crisis del sector, lo cual afecto notablemente el normal funcionamiento de la institución. Se espera que en el ciclo de mejora del año 2024, estos factores y su intervención tengan un impacto positivo en el plan de mejora y el proyecto de acreditación.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

RESULTADO AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN 2022 Y 2023

Grupo de estándares	Promedio 2022	Promedio 2023
ASISTENCIALES	2,14	2,23
DIRECCIONAMIENTO	2,56	3,18
GERENCIA	2,31	2,67
TALENTO HUMANO	2,19	2,42
AMBIENTE FÍSICO	2,15	2,31
TECNOLOGÍA	2,28	2,48
INFORMACIÓN	2,17	2,36
MEJORAMIENTO	2,28	2,44
PROMEDIO DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA	2,26	2,51



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.**PROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**SUBPROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD****PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)****RESULTADO GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES**

Numeración	Promedio Grupo 2022	Promedio Grupo 2023
Es1	2,5	2,8
Es2	1,2	1,9
Es3	2	2,1
Es4	1,9	2
Es5	3	3,1
Es6	2,6	2,8
Es7	2,7	2,8
Es8	2,5	2,7
Es9	1,9	1,9
Es11	1,7	1,8
Es12	2,2	2,6
Es13	2,3	2,3
Es14	2,8	2,8
Es15	1,5	1,5
Es16	2,5	2,9
Es17	1,9	2
Es18	1,8	1,8
Es19	2	2
Es20	2,2	2,4
Es21	1,2	2,3
Es22	2,2	2,4
Es23	1,6	2,1
Es24	2,2	2
Es25	1,1	1,1
Es26	1,1	1
Es27	2,6	2,2
Es28	2,6	2,2
Es29	2,2	2,2
Es30	1,3	2,1
Es31	1,4	1,8
Es32	2,3	2,2

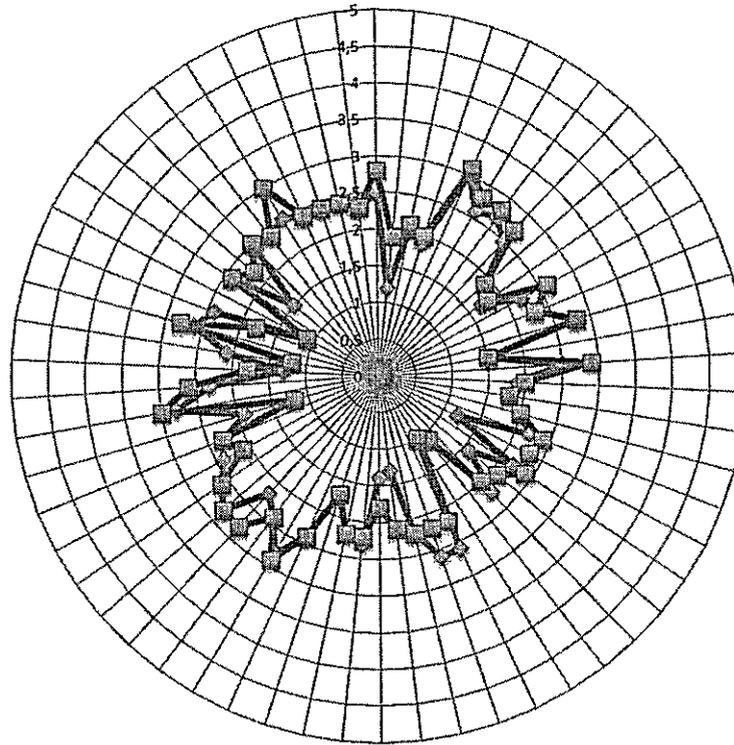


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Es33	2,2	2,2
Es34	1,7	1,7
Es35	2,4	2,4
Es36	2,8	2,9
Es37	2,4	2,4
Es38	2,2	2,8
Es39	2,8	2,8
Es40	2,6	2,6
Es41	2,4	2,1
Es42	2,3	2,3
Es43	1,9	1,2
Es44	2,8	3
Es45	2,3	2,6
Es46	1,3	1,8
Es47	2,1	1,2
Es48	2,6	2,8
Es49	2,4	1,8
Es50	1,1	1,1
Es51	2,4	2,4
Es52	1,5	2,2
Es53	2,4	2,5
Es54	2,4	2,4
Es55	2,5	3
Es56	2,4	2,4
Es57	2,4	2,4
Es58	2,4	2,4
Es75	2,3	2,3
TOTAL	2,14	2,23



ESTÁNDARES ASISTENCIALES



—●— Promedio Grupo 2022 —■— Promedio Grupo 2023

RESULTADO GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 76	3,20	4,10
Es 77	2,80	3,70
Es 78	2,60	3,00
Es 79	2,10	2,90
Es 80	2,50	3,40
Es 81	1,50	3,00
Es 82	3,40	3,90
Es 83	2,50	3,00
Es 84	2,40	3,10
Es 85	2,40	2,40
Es 87	2,60	2,70
Es 88	2,70	2,90
TOTAL	2,56	3,18

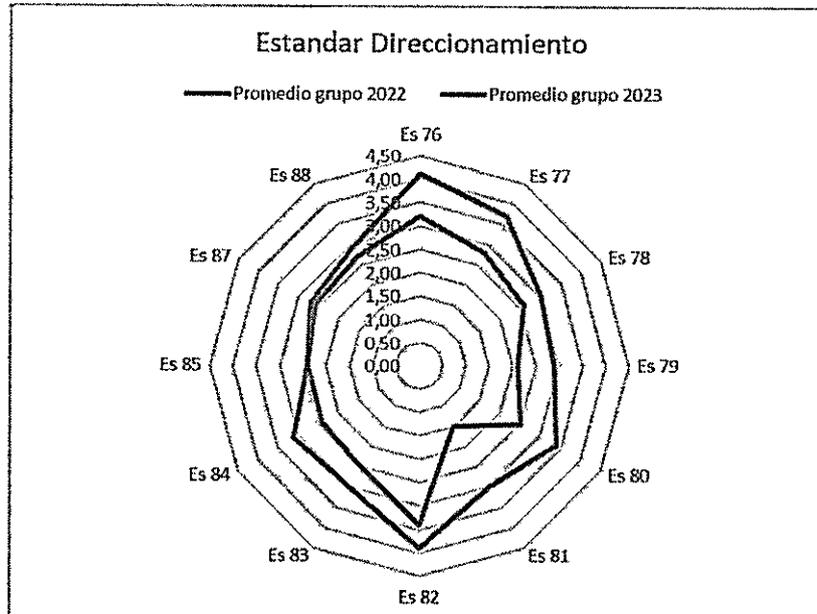


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

SUBPROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

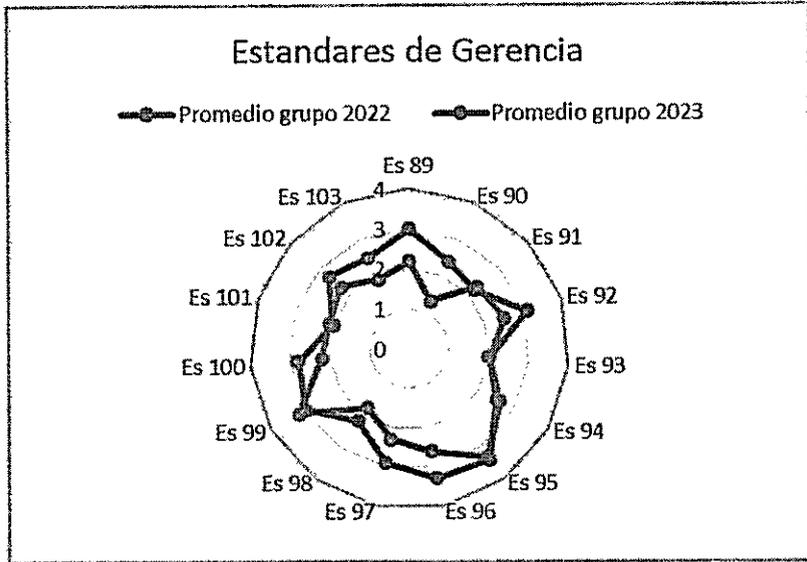


GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 89	2,2	3
Es 90	1,3	2,4
Es 91	2,3	2,2
Es 92	2,5	3,1
Es 93	2	2
Es 94	2,6	2,5
Es 95	3,3	3,4
Es 96	2,6	3,3
Es 97	2,3	2,9
Es 98	1,8	2,2
Es 99	3,2	3
Es 100	2,2	2,8
Es 101	2,1	2
Es 102	2,3	2,7
Es 103	1,9	2,5
TOTAL	2,31	2,67



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

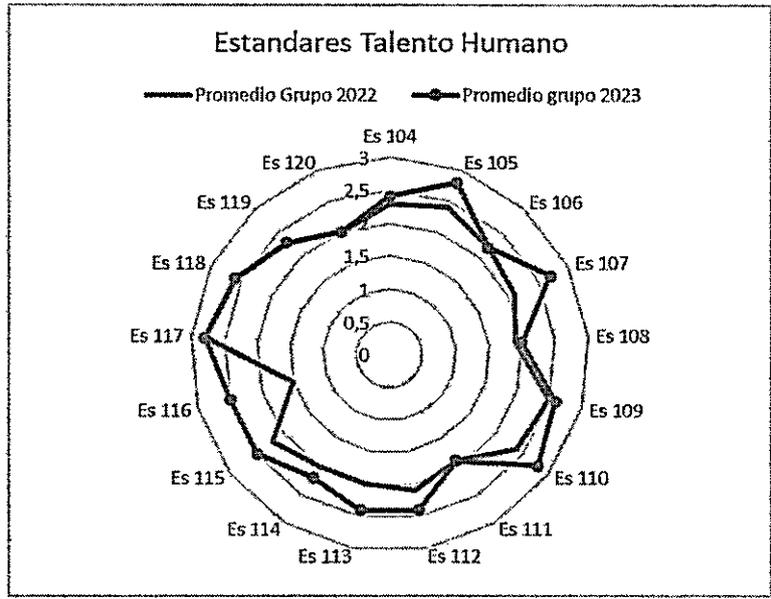


GRUPO DE ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 104	2,3	2,4
Es 105	2,4	2,8
Es 106	2,2	2,2
Es 107	2,1	2,7
Es 108	1,9	2
Es 109	2,5	2,6
Es 110	2,4	2,8
Es 111	1,9	1,9
Es 112	2,1	2,4
Es 113	2	2,4
Es 114	2	2,2
Es 115	2,2	2,5
Es 116	1,5	2,5
Es 117	2,8	2,8
Es 118	2,6	2,6
Es 119	2,3	2,3
Es 120	2	2
TOTAL	2,19	2,42



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	



GRUPO DE ESTÁNDARES DE AMBIENTE FÍSICO

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 121	2,1	2,7
Es 122	2	2,7
Es 123	2,8	2,9
Es 124	2,3	2,3
Es 125	2,1	2,1
Es 126	2,1	2,2
Es 127	1,9	2
Es 128	1,9	1,9
Es 129	2,1	2,2
Es 130	2,3	2,3
Es 131	2	2,1
TOTAL	2,15	2,31

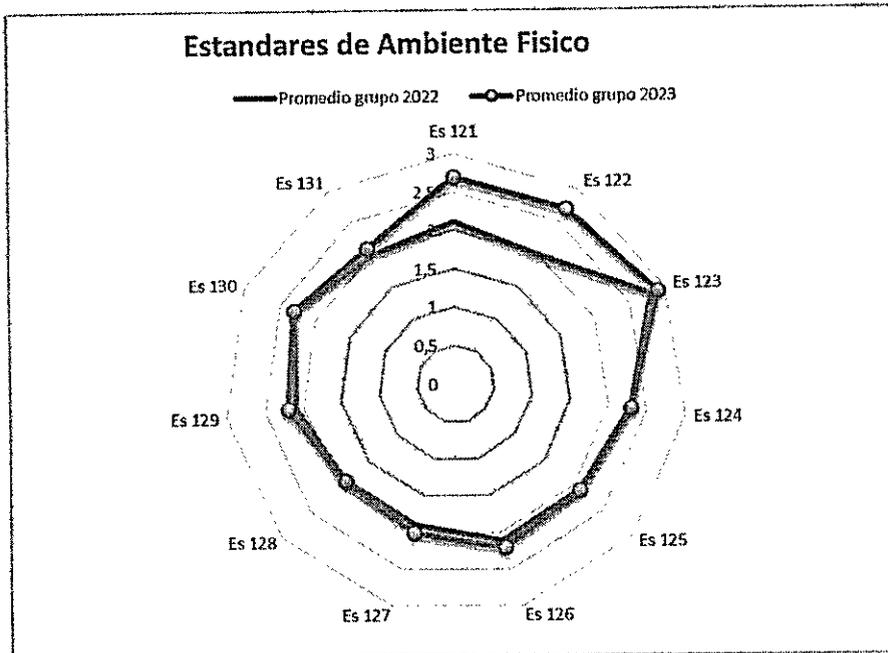


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

SUBPROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

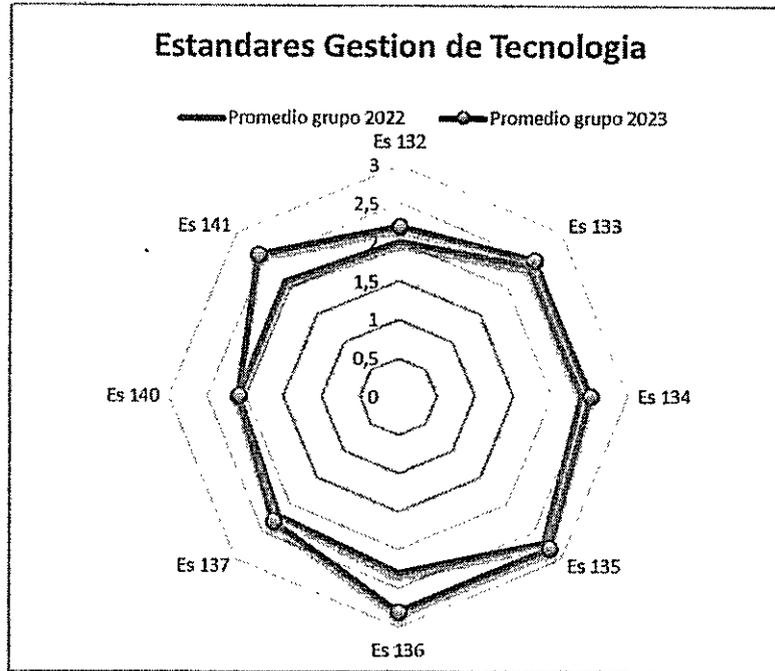


GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 132	2	2,2
Es 133	2,4	2,5
Es 134	2,4	2,5
Es 135	2,7	2,8
Es 136	2,3	2,8
Es 137	2,2	2,3
Es 140	2,1	2,1
Es 141	2,1	2,6
TOTAL	2,28	2,48

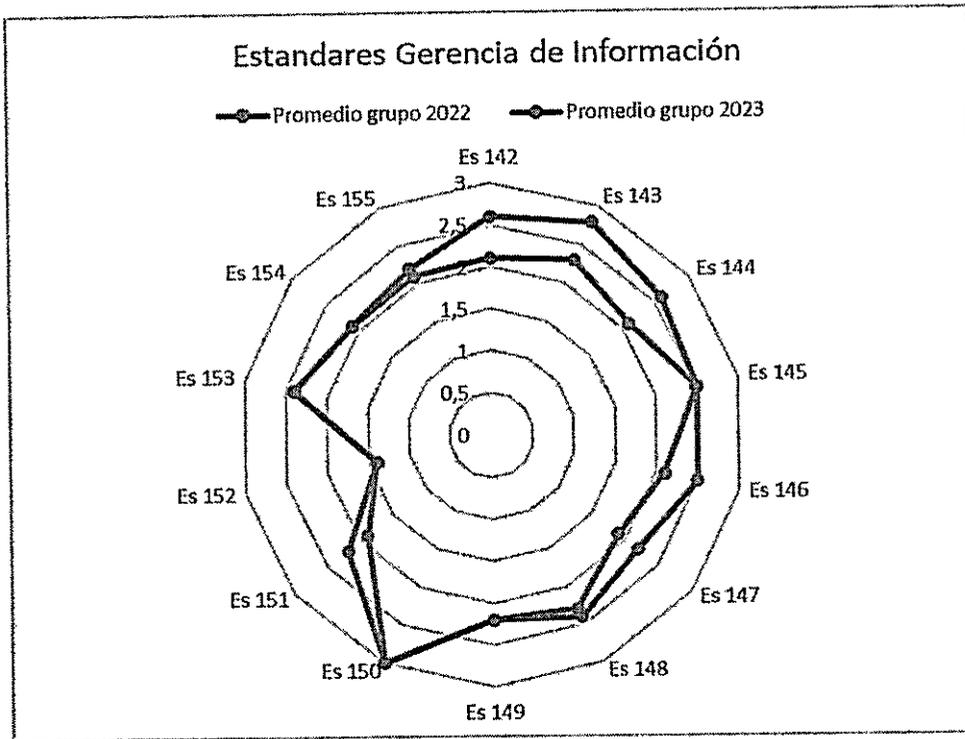


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	



GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE INFORMACIÓN

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 142	2,1	2,6
Es 143	2,3	2,8
Es 144	2,1	2,6
Es 145	2,5	2,5
Es 146	2,1	2,5
Es 147	1,9	2,2
Es 148	2,3	2,4
Es 149	2,2	2,2
Es 150	3	3
Es 151	1,9	2,2
Es 152	1,4	1,4
Es 153	2,4	2,4
Es 154	2,1	2,1
Es 155	2,1	2,2
TOTAL	2,17	2,36

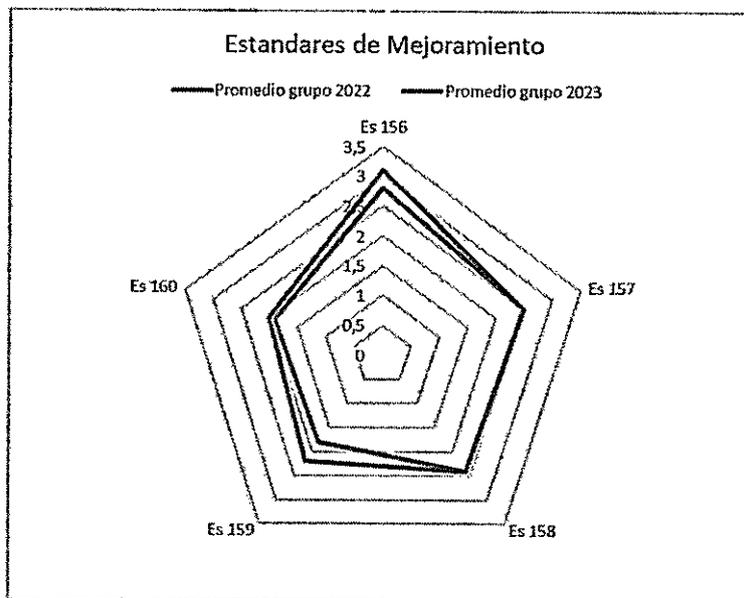


GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO

Numeral	Promedio grupo 2022	Promedio grupo 2023
Es 156	2,8	3,1
Es 157	2,5	2,5
Es 158	2,4	2,4
Es 159	1,8	2,2
Es 160	1,9	2
TOTAL	2,28	2,44



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	



INDICADOR 2.

Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud

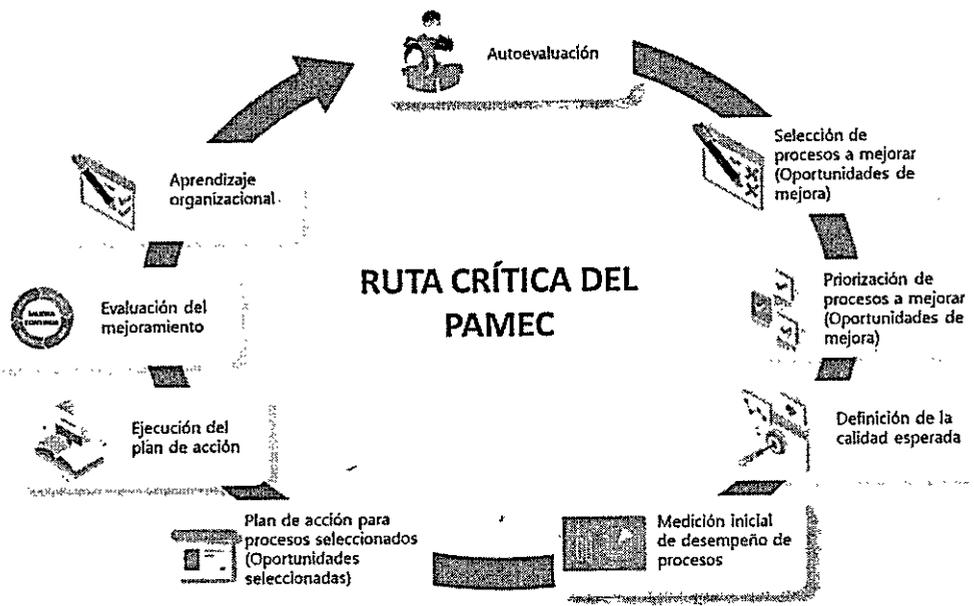
FÓRMULA DEL INDICADOR.

Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

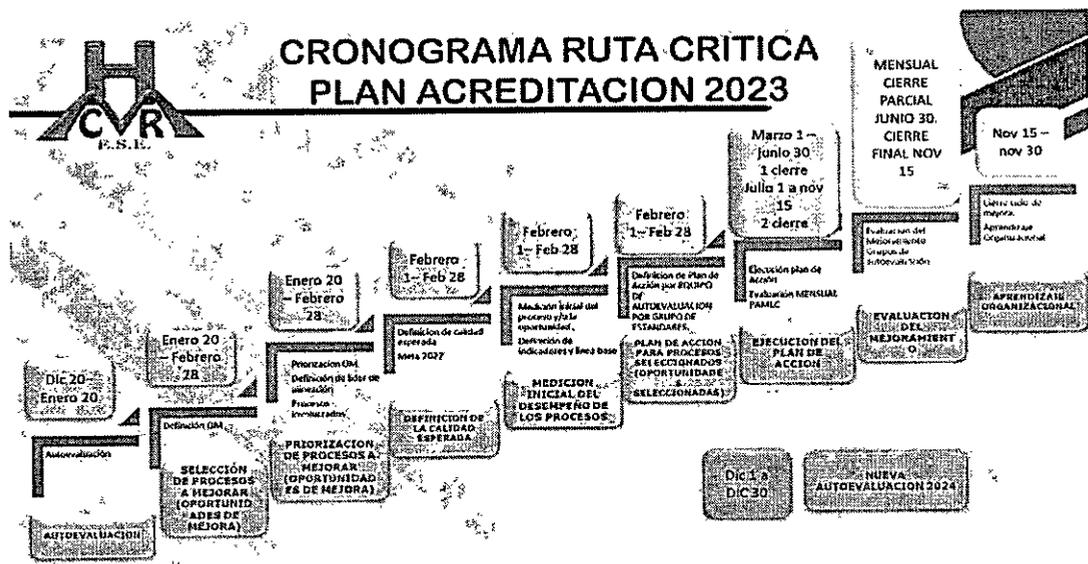
INFORME DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC 2023

En el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE la estructura del PAMEC - Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, está enfocado en la ejecución de los planes de mejora derivados del ejercicio de Autoevaluación cualitativa del Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario. De esta forma se conformaron los diferentes equipos de trabajo por grupos de estándares. El ciclo de mejora del año 2023 se desarrolló de acuerdo con la ruta crítica de mejoramiento, enfocada en el sistema único de acreditación en salud.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	



Para el desarrollo de la ruta crítica se estableció cronograma de trabajo para el año 2023.

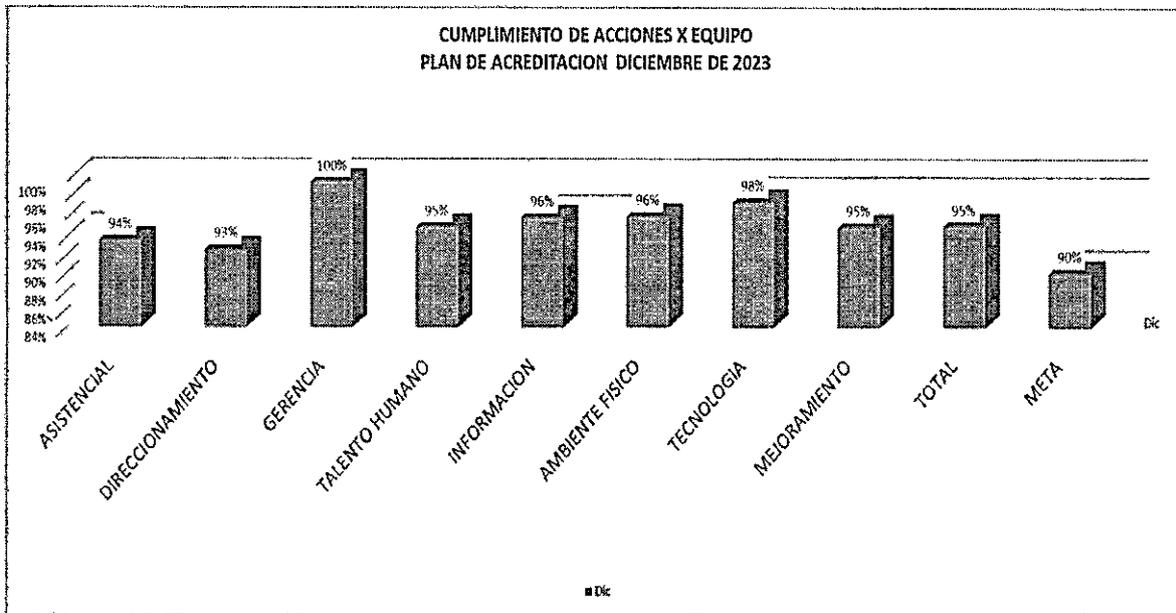


	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Como ajuste a la metodología de trabajo se realizó el ejercicio de autoevaluación según los grupos de estándares del manual de acreditación en salud, y se definieron planes de acción por cada equipo por grupo de estándares.

Los equipos PAMEC establecidos fueron Direccionamiento, Gerencia, Asistencial, Ambiente Físico, Tecnología, Talento Humano, Sistemas de Información y Mejoramiento, los cuales desarrollaron las acciones planteadas en su plan de mejora, estas acciones fueron objeto de seguimiento de manera mensual por parte del proceso de calidad, según los procedimientos internos de gestión de indicadores y del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud.

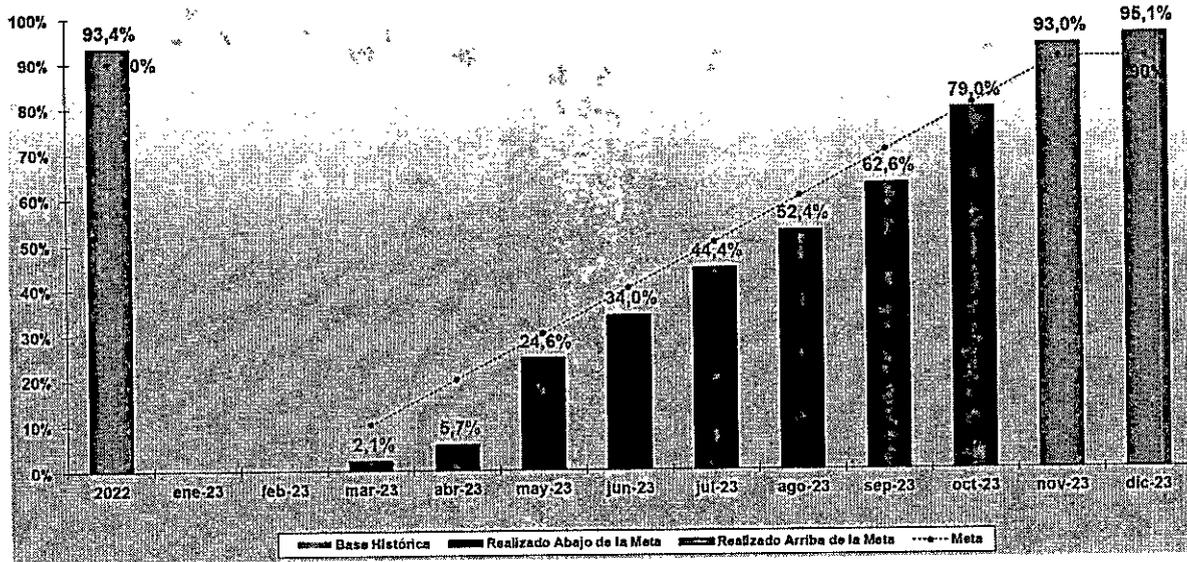
Finalmente se logró un cumplimiento total del 95% con corte al mes de diciembre con 627 acciones ejecutadas de 657 programadas, superando la meta definida del 90% para el año 2023.



En el gráfico se observan los resultados detallados de cada equipo en el ciclo de mejora 2023.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	



En este gráfico se observa el desarrollo de plan de acción y el seguimiento mensual a la ejecución según el cumplimiento de los equipos PAMEC.

El 12 de diciembre se realiza la Clausura del Ciclo de mejora 2023, donde con la participación del comité ampliado de gerencia y representantes de todos los equipos PAMEC, se presentan los resultados de la gestión del ciclo de mejora 2023, fortaleciendo de esta forma el aprendizaje organizacional de la institución.

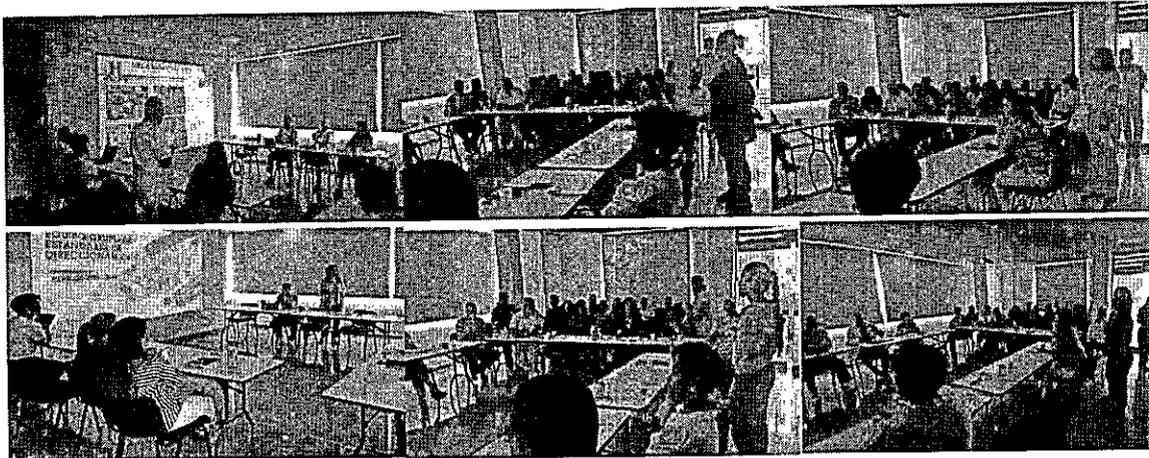


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

PROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

SUBPROCESO **GESTIÓN DE CALIDAD**

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)



En el mes de diciembre de 2023, se realizó el ejercicio de Autoevaluación de estándares de Acreditación como punto de partida del ciclo de mejora 2024.

6. RIESGOS

RIESGOS	ACCIONES
El no cumplimiento de metas	Seguimiento a través de comité de gerencia y el sistema de información para la calidad.
El no ejecutar las oportunidades por dificultades o barreras.	Identificación y gestión continua de barreras a través de los equipos Pamec y la alta gerencia.

7. INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
Cumplimiento de plan de acción (PAMEC Institucional)	$\frac{\# \text{ de acciones cerradas en el periodo}}{\# \text{ total de acciones planeadas}}$

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)		

Cumplimiento de oportunidad de mejora	$\frac{\text{Total de oportunidades de mejora cerradas en el periodo}}{\# \text{ total de oportunidades planeadas}}$
Cumplimiento de ruta crítica	$\frac{\text{etapas de ruta crítica cumplidas}}{\text{etapas de ruta crítica definidas}}$
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	$\frac{\text{Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia}}{\text{Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior}}$

8. RECURSOS

Recursos humanos:

Equipo de calidad

Integrantes de Equipos de Pamec

Integrantes programas por ejes de acreditación

Recursos Económicos:

Presupuesto Institucional para el desarrollo de los planes de mejora según aplique

9. CRONOGRAMA.

Se cuenta con un cronograma que se desarrolla de manera anual y sigue los pasos o fases de la ruta crítica.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)	

Resolución 5095 de 2018. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1.

12. CONTROL DE REGISTROS.

Versión	Fecha	Modificaciones o cambios
1	Junio 2020	Elaborado por primera vez abarca la guía GCAL-G-012-02
2	Mayo 2021	Se actualiza la metodología y metas para el ciclo 2021
3	Mayo 2022	Se actualiza metodología dando más relevancia al cierre de oportunidades de mejora.
4	Marzo 2023	Se actualiza metodología con resultados del 2022 y ajustando criterios de priorización según recursos.
5	Enero 2024	Se actualiza metodología con resultados 2023 y se ajusta el cronograma para poder cerrar con aprendizaje organizacional y autoevaluación en el mismo año.

13. ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ.

Elaborado por:  DIEGO ANDRÉS INFANTE CRUZ Jefe de Gestión de Calidad	Revisado y Aprobado por:  LUZ YAMILETH GARZÓN SANCHEZ Gerente
---	---