

**REALIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GIRON A TRAVES DEL PAMEC
INSTITUCIONAL**

**PRESENTADO POR:
DISNEY ALEXANDRA BECERRA SILVA
HECTOR MORA BELEÑO
REINALDO NAVARRO DULCEY
LUIS EDUARDO SAAVEDRA**

**PRESENTADO A:
CONCEJO DIRECTIVO CES-UNAB**

**ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
CES – UNAB
BUCARAMANGA
FEBRERO DE 2007**

INDICE

Página

1. INTRODUCCION

2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 DESCRIPCION BÁSICA

2.2 CARACTERIZACION DE NUESTROS USUARIOS

3. METODOLOGIA GENERAL PARA LA ELABORACION DEL PAMEC

4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD PAMEC

4.1 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

4.2 SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS

4.3 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

4.4 MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

4.5 FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 2006-2007

4.6 PROGRAMA DE AUDITORIAS A PROCESOS PRIORITARIOS

4.7 RELACION DEL PAMEC CON LA ACREDITACION INSTITUCIONAL

5. ANEXOS

1. INTRODUCCION

La junta directiva y la gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón, en una de sus políticas incluye la CALIDAD, pero aquella calidad que esté presente en todos los rincones de nuestra institución, que nuestro idioma sea el mismo y que se respire calidad, gracias al Gobierno Nacional mediante el Ministerio de la Protección Social la Salud esta normatizada mediante la ley 100 del 1993 y con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con sus decretos 2309 del 2003 reformado mediante el decreto 1011 del 2006 que habla sobre la obligación de incluir en la habilitación de las instituciones el plan de auditorias para el mejoramiento de la calidad, quedando como opción la acreditación con estándares superiores de calidad de cara al usuario y que con sus anexos son una guía importante para reformar nuestros procesos y generar seguridad y calidad en nuestros servicios asistenciales, que se van a reflejar en mejoras de estructura, elevación de la satisfacción del cliente, seguridad en los procesos, mejoramiento en la contratación, mayores ingresos a la institución y sobre todo el mejoramiento continuo, cambios que tenemos que asumir con responsabilidad de cara a nuestros usuarios, objeto de nuestro trabajo.

Con el inicio de la implementación del PAMEC en nuestra institución, se revelaron en el proceso de auto evaluación fallas de calidad que no se reflejaban a simple vista y con unos procesos de mejoramiento que son accesibles a nuestra institución, así como también se involucro a todo el personal al socializar este proceso, nuestros funcionarios se unieron a estos cambios de calidad y como punto importante es aceptar nuestros errores y así producir procesos de mejora y comprometerse con la calidad de las instituciones de salud.

2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 DESCRIPCION BASICA

El Municipio San Juan de Girón, considerado monumento nacional con arquitectura colonial y religiosa importante, se encuentra ubicado dentro del centro oriente santandereano a nueve Kilómetros de Bucaramanga y dentro de la Región denominada de Soto; es una pujante Región comprendida por un área de 475 Km² distribuidos en zona rural y una importante zona urbana sobre la cual existen ya alrededor de 103 barrios y los sectores industriales y productivos del área metropolitana de Bucaramanga como son la Zona de Chimitá y el Parque industrial.

Con una temperatura promedio de 25° C y una población estimada de 117.661 habitantes se convierte en un importante punto de relaciones comerciales por su conveniencia estratégica y por las facilidades de acceso y comunicación dentro del área metropolitana. San Juan de Girón esta rodeado de importantes vías como son: La troncal del Magdalena Medio, la vía a Zapatoca, el anillo vial metropolitano, la vía a la costa (sector Palenque-Chimita), la autopista Girón-Bucaramanga, lo que hace de este Municipio un importante ente de progreso e intercambio socio-cultural y económico con otras ciudades.

Enmarcado en la zona colonial del área municipal se encuentra sobre las carreras 32 y 33 con calles 24 y 25, la sede principal de la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón. Esta institución surge como un ancianato, fundado por el Galeno Facundo Navas Mantilla a finales del siglo XIX. Era visitado una vez por semana ad honorem por el medico de la época quien daba indicaciones de tratamiento a las monjas que proporcionaban cuidados generales y de enfermería a los pacientes ancianos. Posteriormente, hacia el año 1906 se conforma como una institución de beneficencia donde se le proporcionaban cuidados médicos y de enfermería a la población mas necesitada el cual se financiaba con donaciones de particulares, hasta 1964 se crea el Hospital Integrado San Juan de Dios de Girón como una institución de salud organizada, con personería jurídica y financiada con recursos estatales de origen central, prestando servicios de consulta medica ambulatoria, urgencias, sala de partos, pequeña cirugía, hospitalización y laboratorio clínico. En 1973 se abren las instalaciones del área quirúrgica y se empiezan a prestar servicios de odontología.

En 1997 se crea mediante el decreto 144 del Concejo Municipal, la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón, institución de baja complejidad que ofrece servicios de primer nivel de atención en salud y algunos de segundo nivel habilitados como: Cirugía General, Ginecobstetricia de segundo nivel, Optometría, Terapia Física y Respiratoria, de tal forma se descentraliza y adquiere autonomía Administrativa y Financiera, pasando a ser dirigida por la gerencia y una junta directiva quienes elaboran el presupuesto y dan pautas para el direccionamiento de la institución.

MISION

Ser una Empresa Social del Estado del orden Municipal que ofrece servicios de salud de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de la población, mediante actividades, procedimientos e intervenciones de Promoción y Prevención, con criterios de calidad, equidad, solidaridad, eficiencia y eficacia, buscando mejorar la calidad de vida de la comunidad de Girón y su área de influencia, cumpliendo con los indicadores de gestión.

VISION

Ser una Empresa Social del Estado, líder en Santander, que preste sus servicios integrales de Salud, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atendiendo a las personas con calidad humana y técnico científica, satisfaciendo las necesidades del cliente interno y externo. Como nueva meta de la gerencia, esta el ser la primera Empresa Social del Estado en Santander en Acreditarse para el 2007.

VALORES CORPORATIVOS

- Honestidad.
- Liderazgo.
- Calidad.
- Participación.

- Profesionalismo.
- Atención Humana.
- Equidad.
- Solidaridad.

La Empresa Social del Estado es una entidad del primer nivel de complejidad de atención en salud con algunos servicios de segundo nivel habilitados, organizados en áreas funcionales descritas a continuación:

- **UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA**, que presta una atención integral de pacientes ambulatorios y programas de promoción y prevención.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION**, que presta una atención integral de pacientes para tratamiento medico y/o quirúrgico, ginecobstetrico.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS**, presta una atención inmediata al paciente que requiera urgencia médica.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE LABORATORIO CLINICO**, unidad de apoyo diagnostico a usuarios de la institución.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE ODONTOLOGIA**, modalidad de servicio que ofrece diagnostico y tratamiento integral mediato e inmediato a los usuarios que lo soliciten.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA**, que presta una atención integral de pacientes ambulatorios en las especialidades de cirugía general, ginecología y obstetricia, ortopedia, anestesiología, optometría, pediatría y medicina interna.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE RADIOLOGIA**, unidad de apoyo diagnostico a usuarios de la institución.
- **UNIDAD MOVIL**, presta una atención de programas de promoción y prevención en los diferentes barrios del municipio de Girón.
- **UNIDAD FUNCIONAL DE CIRUGIA**, realización de procedimientos quirúrgicos programados y de urgencias según criterio medico.
- **UNIDAD FUNCIONAL PLAN DE ATENCION BASICA**, Conjunto de acciones eminentemente intersectoriales y de movilización social, orientadas a dotar a la gente de los medios y condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad.

- **UNIDAD FUNCIONAL DE PROMOCION Y PREVENCIÓN**, Atención integral que se realiza a la población, con el fin de lograr mas allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades y la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológico, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.

2.2 CARACTERIZACION DE NUESTROS USUARIOS

El municipio de Girón cuenta con una población de 117.661 habitantes con una distribución de 104.986 habitantes en el área urbana y 12.675 habitantes en el área rural, en el último censo cuenta con una clasificación por grupos etáreos de la siguiente manera:

TOTAL	H	M	MENOR 1 AÑO	DE 1 A 5 AÑOS	DE 5 A 14 AÑOS	DE 14 A 45 AÑOS	DE 45 A 60 AÑOS	MAYOR DE 60 AÑOS
117.661	57.964	59.697	2.788	14.037	24.497	59.891	10.202	6.246

De esta población el hospital de Girón, tiene contratada una población total de 53.162 usuarios que corresponde a un 45.18% de la población de diferentes grupos etareos, con ARS como Cafesalud, Comfenalco, Comparta, Coosalud, Saludvida y Solsalud.

3. METODOLOGIA GENERAL PARA LA ELABORACION DEL PAMEC

El Ministerio de Protección Social, por medio de su documento ***“Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud”*** proporciona las **PAUTAS INDICATIVAS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD** las cuales fueron analizadas, interpretadas y adoptadas por nuestra institución para el diseño y elaboración del PAMEC.

En el mencionado documento, se explica que “la Auditoria es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios y que inciden de manera importante en la atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso que le brindó la atención, llenando sus expectativas, con el fin último de detectar oportunamente problemas de calidad, analizando sus causas y definiendo áreas críticas para las acciones de mejora de la calidad”.

Gestionar la calidad en una organización requiere que sus integrantes comprendan el propósito de la calidad y sus beneficios; “aplicando metodologías de evaluación y mejoramiento técnicamente diseñadas y basadas en evidencia científicamente probada, de acuerdo a la complejidad de los problemas de calidad enfrentados, de tal manera que los esfuerzos dedicados a la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sean costo-efectivos”.

En virtud de lo anterior la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón, emprendió un proceso de formación a un grupo de colaboradores clave que estuvieran en la capacidad de diseñar y elaborar el PAMEC y aplicar metodologías de calidad científicamente probadas para su despliegue y aplicación dentro de la institución. Es así como se incluyó en este grupo los auditores de la institución, enfermeras jefes de áreas asistenciales y el subdirector operativo, en este proceso de afianzar conocimientos para llevar a cabo el proceso de implementación del PAMEC y comunicarlo a todos los funcionarios del hospital.

El proceso seguido por la institución para la elaboración del PAMEC tuvo en cuenta la Ruta Crítica definida por el Ministerio de Protección Social. (Figura 1 - Ruta Crítica del PAMEC).

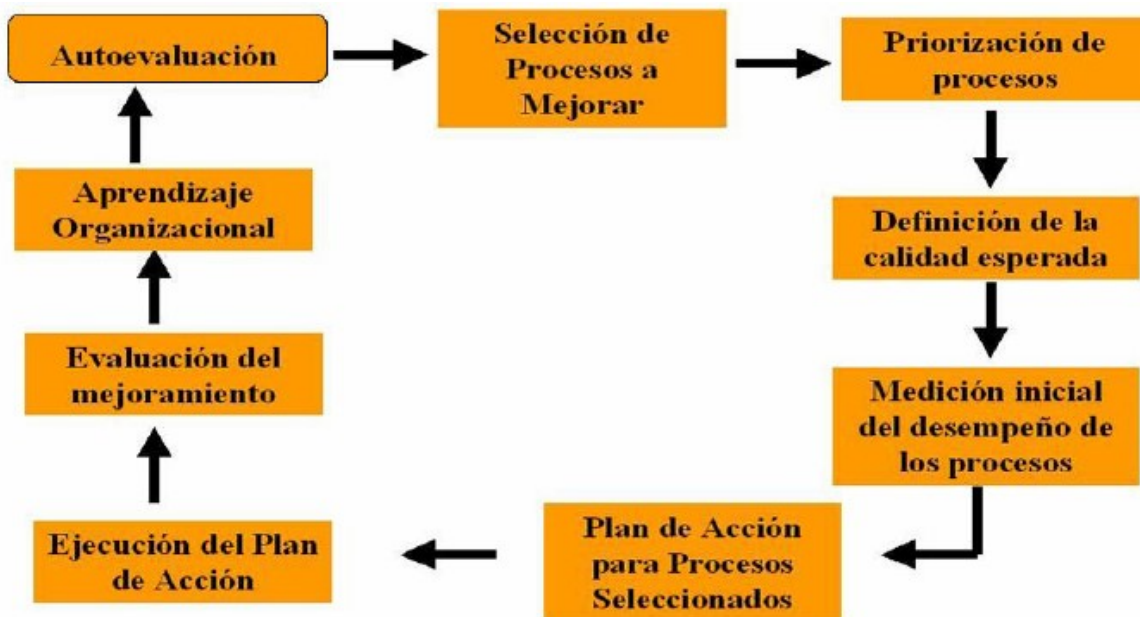


Fig. 1

El conjunto de herramientas técnicas y científicamente probadas utilizadas por la institución para la elaboración del PAMEC se presentan en la siguiente tabla:

ETAPA DEL PAMEC	METODOLOGIA
1. AUTOEVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Autodiagnóstico basado en los estándares del sistema único de acreditación. • Entrevistas a usuarios de servicios (encuesta de satisfacción al cliente).
2. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Diagramas matriciales de planificación de procesos.
3. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA	Caracterización de procesos
4. MEDICIÓN INICIAL DE DESEMPEÑO	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de gestión. • Sistema único de información.
5. PLAN DE ACCIÓN DE PROCESOS SELECCIONADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de lluvia de ideas. • Diagrama del árbol.
6. EVALUACIÓN DE MEJORAMIENTO	Se planearon las auditorias concernientes a verificación de la efectividad de los planes de mejoramiento

4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD PAMEC

4.1 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

La identificación de oportunidades de mejoramiento en la ESE Hospital San Juan de Girón, se llevó a cabo en dos etapas:

- Realización de un autodiagnóstico básico con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación.

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JUAN DE DIOS DE GIRON
 AUTODIAGNOSTICO GENERAL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA
 DE LA CALIDAD EN SALUD**

COMPONENTE AUTODIAGNOSTICO	FORTALEZAS CLAVE DE LA INSTITUCION	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO
<p>DIRECCIONAMIENTO ORGANIZACIONAL</p> <p>1- Existencia de direccionamiento estratégico, valor ponderado 3.</p> <p>2- Despliegue del direccionamiento estratégico, valor ponderado 2.</p> <p>3- Seguimiento al Dir Est. Y planes de calidad valor ponderado 1</p>	<p>1- Hay un conocimiento claro por parte de la Gerencia de la MISION, VISION, OBJETIVOS DE LA INSTITUCION.</p> <p>2- Hay alguna sensibilización por algunos funcionarios de la institución</p>	<p>1- Crear un programa de sensibilización y socialización del Direccionamiento Estratégico de la institución.</p> <p>2- Promulgar y capacitar el trabajo en equipo en la institución.</p> <p>3- Crear e implementar un sistema de verificación y seguimiento al Direccionamiento Estratégico de la institución</p>
<p>SATISFACCION DEL USUARIO.</p> <p>1- Conocimiento de expectativas del usuario valor ponderado 1</p> <p>2- Despliegue de la Calidad valor ponderado 2</p> <p>3- Gestión de las relaciones con los usuarios valor ponderado 2</p> <p>4- Sistemas de respuesta a usuarios valor ponderado 1.</p>	<p>1- Gerencia comprometida con la CALIDAD</p> <p>2- Direccionamiento estratégico</p> <p>3- Recurso Humano</p> <p>4- Conocimiento consciente de la situación</p>	<p>1- Diseñar e implementar un sistema para identificar las necesidades y expectativas de los clientes.</p> <p>2- Llevar a acciones de mejoramiento organizadas, sistematizadas, la voz del cliente.</p> <p>3- Enfocar y crear políticas que se traduzcan a acciones para mejorar la relación usuario-ips.</p>

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JUAN DE DION DE GIRON
 AUTODIAGNOSTICO GENERAL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA
 CALIDAD EN SALUD**

COMPONENTE AUTODIAGNOSTICO	FORTALEZAS CLAVES DE LA INSTITUCION	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO
<p>GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES.</p> <p>1- Aseguramiento de calidad del personal, valor ponderado 3</p> <p>2- Realización de acciones preventivas valor ponderado 2.</p> <p>3- Control sobre medicamentos e insumos médicos valor ponderado 2.</p> <p>4- Control de equipos Biomédicos valor ponderado 2.</p> <p>5- Bioseguridad valor ponderado 4.</p> <p>6- Auditoria para el mejoramiento de la calidad. Valor ponderado 1</p>	<p>1- Existen políticas de identificación de procesos prioritarios</p> <p>2- Existen algunos protocolos y guías de atención.</p> <p>3- Existe personal idóneo en los servicios</p>	<p>1- Estandarizar el proceso de selección del personal</p> <p>2- Establecer un sistema de evaluación del personal.</p> <p>3- Crear un proceso de inducción del personal a ingresar</p> <p>4- Estandarizar procesos prioritarios</p> <p>5- Crear guías de atención y protocolos en todas las áreas asistenciales</p> <p>6- Crear e implementar procesos y procedimientos en farmacia</p> <p>7- Crear e implementar un proceso de mantenimiento preventivo de equipos Biomédicos</p>
<p>INFORMACION SOBRE EL USUARIO</p> <p>1- Historia clínica, valor ponderado 4</p> <p>2- Gerencia de la información valor ponderado 4</p>	<p>1- Existe una historia clínica para los pacientes con un sistema de seguridad y confidencialidad</p> <p>2- Existe un comité de historias clínicas</p> <p>3- Se ha hecho auditoria a historias clínicas</p>	<p>1- mejorar el área física de historias clínicas, según los requerimientos de la ley de archivo</p> <p>2- Sistematización de la historia clínica</p> <p>3- Agilizar los procesos de generación de información.</p>

- Se elaboro una lista de adicional de problemas de calidad que tuvo en cuenta a los clientes externos, clientes internos, identificación de los procesos de mayor afluencia y que ejercen mayor riesgo al paciente, mediante una encuesta de satisfacción al cliente, reuniones ínter funcionales, análisis de quejas y reclamos.

4.2 SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que los recursos son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo.

Como resultado de la auto evaluación de la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón, se identificó una lista de procesos candidatos a mejorar que deberían ser priorizados. La metodología utilizada por la IPS para selección de los procesos críticos fue la denominada **Enfoque ponderado de selección**, la cual analiza y compara los procesos identificados mediante la herramienta **“Matriz de Selección y priorización de procesos críticos”**.

Teniendo en cuenta que los procesos seleccionados deben ser aquellos en los cuales la alta dirección y/o los clientes no están satisfechos con la situación actual, bien sea con los resultados obtenidos o con la forma como se desarrollan las actividades, la IPS efectuó una evaluación integral de los procesos teniendo en cuenta a sus diversas partes interesadas: Usuario y familiares, cliente interno, compradores de servicios (ARS) y la propia organización.

En ese orden de ideas, los criterios utilizados por la IPS para comparar y seleccionar los procesos fueron:

- a) Impacto en satisfacción de usuarios y familiares
- b) Nivel de riesgo sobre el usuario
- c) Frecuencia de uso (del proceso)
- d) Impacto en satisfacción de compradores de servicios
- e) Impacto en satisfacción de médicos y personal asistencial
- f) Impacto en eficiencia (uso de recursos)

PROCESOS PRIORITARIOS	PROBLEMAS / SINTOMAS
URGENCIAS	Altos tiempos de espera
	Alta demanda no pertinente
CONSULTA EXTERNA	Alta demanda insatisfecha
	Dificultad en la asignación de citas
ATENCION AL USUARIO	No conformación de oficina SIAU

4.3 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la forma como se espera que se realice el proceso prioritario y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados (indicadores). La ESE Hospital San Juan de Dios de Girón, utilizó como metodología de definición de la calidad la caracterización de los procesos prioritarios, en él se describe los ingresos al proceso, los pasos a seguir según el ciclo PHVA con los indicadores que le pertenecen a cada proceso.

4.4 MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

La institución ESE Hospital San Juan de Dios de Girón con el propósito de hacer seguimiento al desempeño de sus procesos prioritarios ha diseñado un conjunto de indicadores de gestión que permite monitorear los resultados obtenidos y evaluar el grado de mejoramiento obtenido por la IPS.

Para el diseño de los indicadores se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

- El sistema Único de Información reglamentado en la Resolución 1446 de 2006 y su Anexo Técnico.
- Aquellos propios de la IPS para hacer seguimiento a las fallas de calidad detectadas en la etapa de identificación de procesos a mejorar.

PROCESO PRIORITARIO	NOMBRE DEL INDICADOR	DESEMPEÑO ACTUAL	CALIDAD DESEADA
URGENCIAS	Tiempos de Espera	2 horas	30 minutos
	% pacientes remitidos	12%	5%
	Mortalidad en urgencias	1.37%	1%
CONSULTA EXTERNA	Nº Usuarios mes	2.800	2000
	% Consulta insatisfecha	47%	10%
OFICINA DE ATENCION AL USUARIO	Nivel de satisfacción del cliente	60%	100%
	Nº de quejas y reclamos mes	30	5

4.5 FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 2006-2007

El Plan de mejoramiento de la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón se ha formulado con base en:

- Identificación de oportunidades de mejoramiento (etapa descrita en 4.1)
- Fijación de compromisos de calidad (etapa descrita en 4.3)

Adicional a esto, se conformaron grupos de mejora que efectuaron la definición de problemas y realizaron su respectivo análisis mediante el uso de herramientas de calidad, presentando las oportunidades de mejora, seleccionando alternativas de acción.

PROCESO PRIORITARIO	MEJORAS CONTEMPLADAS EN EL PLAN
CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de consulta externa • Capacitación de los médicos de los planes de PyP.
URGENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar oficina de triaje • Aumento de numero de médicos en el servicio
OFICINA DE ATENCION AL CLIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar oficina de SIAU • Realizar encuestas de satisfacción periódicas.

4.6 PROGRAMA DE AUDITORIAS A PROCESOS PRIORITARIOS

Como elemento de evaluación al Plan de Mejoramiento la ESE Hospital San Juan de Dios de Girón ha definido un programa de seguimiento a los procesos prioritarios, para evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas.

Para este fin, se ha elaborado el **PROGRAMA DE AUDITORÍA** de la institución, que pretende proyectar las fechas en que se evaluará la realización de los procesos críticos y los resultados obtenidos, mediante el análisis de los indicadores fijados comparando la calidad esperada contra la observada.

Como fruto de este programa de auditoria, la ESE Hospital San Juan de Dios fijará las acciones coyunturales, de seguimiento y preventivas que sean pertinentes para garantizar el mejoramiento continuo de los procesos definidos como críticos por la institución, empleando para ello las estructuras que a continuación son mencionadas.

- **Programación de Auditorias.** Formato diseñado para establecer la periodicidad en el tiempo y la frecuencia con que serán llevadas a cabo las auditorias a nivel interno que permitan la verificación del cumplimiento de los niveles de calidad esperados.

- **Planeación de Auditoria.** Formato guía que permite establecer la agenda de trabajo sobre los procesos por auditar, estableciendo la ruta secuencial y el tiempo a emplear.

La planeación de la auditoria se ha contemplado realizar en cada una de las auditorias que la organización realice para la verificación del adecuado desempeño de sus procesos prioritarios.

- **Listas de Verificación.** Son el instrumento principal en la ejecución de la auditoria, debido a que de forma anticipada la organización ha estructurado un cuestionario mediante el cual verificará el cumplimiento de los principales requisitos del proceso o actividad priorizada.

Las listas de verificación se han diseñado con base en el ciclo de mejoramiento o PHVA, teniendo como propósito el auditar las diferentes etapas que componen un proceso, como son la planeación, su organización, su ejecución, su verificación y su acción, entendiendo esta última como las actividades encaminadas a la mejora o corrección de las desviaciones encontradas.

- **Informe de Auditoria.** Documento que recopila de manera sintetizada y describe en forma explícita los hallazgos encontrados en la realización de la auditoria. Es una pieza importante en la definición de planes de mejora.
- **Formato para la identificación de fallas y toma de acciones.** Su propósito es el de registrar las fallas encontradas en los procesos prioritarios definidos por la institución, bien sea en la ejecución de una auditoria o en el seguimiento al cumplimiento de los estándares del proceso.

4.8 RELACION DEL PAMEC CON LA ACREDITACION INSTITUCIONAL

El PAMEC permite identificar los procesos prioritarios que pueden estar afectando la calidad en la institución, así como también crear procesos de mejora y cerrar el ciclo de calidad, aunque hay que tener en cuenta que siempre

habrán procesos de mejora ya que la salud es dinámica, pero lo importante es crear la política del autocontrol como estrategia importante de implementar la calidad en la atención en salud y con una política de cara al cliente, de sorprenderlo, estamos creando estándares superiores de calidad base de la acreditación en salud, que es una de las metas de nuestra institución a mediano plazo.

5. ANEXOS

- Autodiagnóstico basado en estándares único de acreditación.
- Encuesta de satisfacción al cliente externo en nuestros servicios asistenciales.
- Matriz de selección y priorización de procesos críticos.
- Caracterización del proceso de urgencias.
- Caracterización del proceso de consulta externa.
- Caracterización del proceso de atención al cliente.
- Flujograma del proceso de atención en urgencias.
- Flujograma del proceso de atención en consulta externa.
- Flujograma del proceso de atención en la oficina de atención al usuario.
- Fichas de los indicadores.
- Diagramas de Árbol para identificar causas y procesos de mejora.
- Matriz de planes de mejora de los procesos prioritarios.
- Formato de programación de auditorías para el mejoramiento de la calidad.

Nombre Indicador	TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS						
Categoría del Indicador	PROCESO						
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Aceptabilidad		Competencia		Confiabilidad
	Coordinación		Efectividad		Eficacia		Eficiencia
	Idoneidad		Oportunidad	X	Seguridad		
Justificación	SE HAN PRESENTADO ALTOS TIEMPOS DE ESPERA EN URGENCIAS NO CRITICAS, AFECTANDO LA SATISFACCION DEL CLIENTE DE FORMA IMPORTANTE.						
Objetivo	SE BUSCA MEDIR LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS						
Forma de Calculo							
SE CALCULA EN MINUTOS							
Límite Superior	30 MINUTOS			Límite Inferior	INMEDIATO		
Unidad de Medida	MINUTOS	Tendencia		(-)	Frecuencia Medición	DIARIO	
Responsable por medir	AUDITOR			Responsable por Analizar	AUDITOR		
Donde medir	URGENCIAS	Fuente de Datos	Numerador				
			Denominador				
Como Divulgar	COMITÉ DE URGENCIAS						
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo			Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo			Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS						
Bibliografía	NO HAY DATOS						

Nombre Indicador	PORCENTAJE PACIENTES REMITIDOS DE URGENCIAS					
Categoría del Indicador	RESULTADO					
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Aceptabilidad		Competencia	Confiabilidad
	Coordinación		Efectividad		Eficacia	Eficiencia X
	Idoneidad		Oportunidad		Seguridad	
Justificación	LAS REMISIONES SON UN DATO IMPORTANTE QUE NOS DICE LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LOS MECANISMOS DE RESPUESTA					
Objetivo	SE BUSCA MEDIR LA EFECTIVIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS					
Forma de Calculo						
$\frac{\text{NUMERO DE PACIENTES REMITIDOS MES X 100}}{\text{NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS MES}}$						
Límite Superior	5%		Límite Inferior			
Unidad de Medida		Tendencia	(-)	Frecuencia Medición	MES	
Responsable por medir	ESTADISTICA		Responsable por Analizar		AUDITOR	
Donde medir	URGENCIAS	Fuente de Datos	Numerador			
			Denominador			
Como Divulgar	COMITÉ DE URGENCIAS					
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo		Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo		Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS					
Bibliografía	NO HAY DATOS					

Nombre Indicador	MORTALIDAD EN URGENCIAS					
Categoría del Indicador	RESULTADO					
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Aceptabilidad		Competencia	Confiability
	Coordinación		Efectividad		Eficacia	Eficiencia X
	Idoneidad		Oportunidad		Seguridad	
Justificación	AUNQUE LOS INDICES DE MORTALIDAD SON BAJOS, EL DESEO ES REDUCIR LOS INDICES DE MORTALIDAD AL MINIMO.					
Objetivo	MEDIR LA EFECTIVIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS					
Forma de Calculo						
$\frac{\text{NUMERO DE PACIENTES FALLECIDOS EN URGENCIAS MES X 100}}{\text{NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS MES}}$						
Límite Superior	1%		Límite Inferior			
Unidad de Medida		Tendencia	(-)	Frecuencia Medición	SEMESTRE	
Responsable por medir	ESTADISTICA		Responsable por Analizar		AUDITOR	
Donde medir	URGENCIAS	Fuente de Datos	Numerador		ESTADISTICA	
			Denominador		ESTADISTICA	
Como Divulgar	COMITÉ DE URGENCIAS					
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo		Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo		Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS					
Bibliografía	NO HAY DATOS					

Nombre Indicador	NUMERO DE USUARIOS ATENDIDOS MES EN CONSULTA EXTERNA						
Categoría del Indicador	RESULTADO						
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Acceptabilidad		Competencia		Confiabilidad
	Coordinación		Efectividad	X	Eficacia		Eficiencia
	Idoneidad		Oportunidad		Seguridad		
Justificación	LA TENDENCIA ES AL AUMENTO DE CONSULTAS MES DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA, CREANDO INSATISFACCION AL CLIENTE POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS.						
Objetivo	DISMINUIR EL NUMERO DE CONSULTAS MES DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA MEJORANDO LA CALIDAD EN LA ATENCION						
Forma de Calculo							
$\frac{\text{NUMERO TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS MES EN CONSULTA EXTERNA}}{\text{-----}}$							
Límite Superior	2000			Límite Inferior			
Unidad de Medida	NUMERO	Tendencia		(-)	Frecuencia Medición		
Responsable por medir	ESTADISTICA			Responsable por Analizar		AUDITORIA	
Donde medir	CONSULTA EXTERNA	Fuente de Datos	Numerador		LISTA DE CITAS		
			Denominador				
Como Divulgar	BOLETIN INTERNO						
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo			Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo			Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS						
Bibliografía	NO HAY DATOS						

Nombre Indicador	PORCENTAJE DE CONSULTA INSATISFECHA EN CONSULTA EXTERNA					
Categoría del Indicador	RESULTADO					
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Aceptabilidad		Competencia	Confiabilidad
	Coordinación		Efectividad		Eficacia	Eficiencia
	Idoneidad		Oportunidad	X	Seguridad	
Justificación	EN ESTE MOMENTO SE CALCULAN ALTOS INDICES DE CONSULTA INSATISFECHA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE LAS CITAS, AFECTANDO SERVICIOS COMO URGENCIAS, INCIDIENDO EN LA SATISFACCION DEL CLIENTE.					
Objetivo	SE BUSCA MEDIR LA OPORTUNIDAD DE CONSULTA EXTERNA					
Forma de Calculo						
$\frac{\text{NUMERO DE CONSULTAS NO ASIGNADAS MES X 100}}{\text{NUMERO TOTAL DE CONSULTAS SOLICITADAS EN EL MES}}$						
Límite Superior	10%		Límite Inferior			
Unidad de Medida	PORCENTAJE	Tendencia	(-)	Frecuencia Medición	MES	
Responsable por medir	ESTADISTICA		Responsable por Analizar		AUDITORIA	
Donde medir	CONSULTA EXTERNA	Fuente de Datos	Numerador		ASIGNACION CITAS	
			Denominador		ASIGNACION CITAS	
Como Divulgar	BOLETIN INTERNO					
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo		Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo		Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS					
Bibliografía	NO HAY DATOS					

Nombre Indicador	NIVEL DE SATISFACCION DEL CLIENTE					
Categoría del Indicador	RESULTADO					
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Acceptabilidad		Competencia	Confiabilidad
	Coordinación		Efectividad		Eficacia	Eficiencia
	Idoneidad		Oportunidad		Seguridad	
Justificación	SE HAN ENCONTRADO NIVELES ALTOS DE INSATISFACCION DEL CLIENTE					
Objetivo	SE BUSCA MEDIR LA EFECTIVIDAD Y LA SATISFACCION DEL CLIENTE					
Forma de Calculo						
ENCUESTA DE SATISFACCION						
Límite Superior	100%			Límite Inferior		
Unidad de Medida	PORCENTAJE	Tendencia	(+)	Frecuencia Medición	SEMESTRE	
Responsable por medir	SIAU			Responsable por Analizar	AUDITORIA	
Donde medir	SERVICIOS ASISTENCIALES	Fuente de Datos	Numerador			
			Denominador			
Como Divulgar	BOLETIN INTERNO					
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo			Ajuste por Edad		
	Ajuste por sexo			Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Referencias	NO HAY DATOS					
Bibliografía	NO HAY DATOS					

Nombre Indicador	NUMERO DE QUEJAS Y RECLAMOS MES					
Categoría del Indicador	RESULTADO					
Dimensión del Indicador	Accesibilidad		Aceptabilidad		Competencia	Confiability
	Coordinación		Efectividad		Eficacia	Eficiencia
	Idoneidad		Oportunidad		Seguridad	
Justificación	HAY UN GRAN NUMERO DE QUEJAS POR PARTE DE LOS USUARIOS DE DIVERSA INDOLE					
Objetivo	MEDIR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS					
Forma de Calculo						
NUMERO DE QUEJAS MES						

Límite Superior	5		Límite Inferior			
Unidad de Medida		Tendencia		Frecuencia Medición	MENSUAL	
Responsable por medir	SIAU		Responsable por Analizar		AUDITORIA	
Donde medir	SERVICIOS ASISTENCIAL ES	Fuente de Datos	Numerador		NUMERO DE QUEJAS	
			Denominador			
Como Divulgar	BOLETIN INTERNO					
Ajustes por Riesgos	NO requiere ajuste por riesgo		Ajuste por Edad			
	Ajuste por sexo		Ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
Referencias	NO HAY DATOS					
Bibliografía	NO HAY DATOS					

