ACTA DE VISITA

Recolección de la información para:	Auditoria de Calidad - PAMEC
Nombre de la Institución	ESE Hospital Local Cartagena de Indias
Fecha y hora	19/06/2025 - 9:00 am
Ciudad	Cartagena de Indias

TEMAS TRATADOS

1. OBJETO DE LA VISITA

Verificar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo - PAMEC, de la ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS encaminado a garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los componentes SOGC y los atributos de calidad.

2. ENTREGA DE MATERIALES DE EVIDENCIA

La Coordinadora de calidad de la institución aporto los siguientes documentos:

1. Formato datos básicos de la IPS - PAMEC.
2. Documento PAMEC 2024.
3. Matriz PAMEC 2024 (Ruta Critica).
4. Cronograma de implementación del PAMEC 2024- Plan de Auditoría Interna.
5. Informes de Auditorias del PAMEC.

3. RESUMEN DE LA AUDITORIA

Para esta auditoria se utilizó la LISTA DE CHEQUEO PARA IMPLEMENTAR Y EVALUAR EL PAMEC del Ministerio de Salud y Protección Social, en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias con la participación de la Sra. Angelica Jiménez Cortecero Auditora de calidad.

RUTA CRITICA DEL PAMEC

- ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

  Sistema Único de Acreditación

  Periodo de implementación: La ESE Hospital Local Cartagena de Indias realiza el PAMEC en un periodo de 3 años (Vigencia de implementación de 2022 a 2025), sin embargo, el proceso de autoevaluación es anual, frente a los estándares de acreditación.

I. AUTOEVALAUCIÓN

Durante la autoevaluación se tuvo en cuenta lo siguiente:

La autoevaluación permitió al prestador obtener una Evaluación Cualitativa, identificación de las Fortalezas Organizacionales con sus respectivas evidencias y una Evaluación Cuantitativa de los procesos, estableciendo las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada.

De acuerdo a los grupos de estándares se establecen grupos de trabajo de acuerdo al perfil profesional o cargos asistenciales y administrativos en la ESE, con enfermeras, directoras de servicios, jefes de servicios, agente interventor, directores técnicos o el suplente asignado.

La Metodología con los grupos se establecen la calificación cualitativa y cuantitativa a través de hoja radar con puntaje de 1 a 5, se trabaja de 15 a 20 estándares diario por sub red.

- Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA fueron:

RESULTADO DE AUTOEVALUACION PAMEC 2024 POR SUBRED

ESTANDARES ASISTENCIALES

GRUPO DE ESTANDARES		CALIFICACION		CALIFICACION		CALIFICACION
DERECHOS DE LOS PACIENTES	SUBRED CANAPOTE	1.83	SUBRED ARROZ BARATO	1.83	SUBRED POZON	1.85
SEGURIDAD DEL PACIENTE		2.39		2.33		2.39
ACCESO		1.66		1.67		1.92
REGISTRO E INGRESO		1.94		1.66		1.66
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO		1.65		1.69		1.69
PLANEACION DE LA ATENCION		1.53		1.40		1.51
EJECUCION DEL TRATAMIENTO		0.90		0.90		0.95
EVALUACION DE LA ATENCION		1.72		1.72		1.72
SALIDA Y SEGUIMIENTO		1.66		1.66		1.66
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA		2.04		2.04		1.96
SEDES INTEGRADAS EN RED		1.52		1.62		1.62
TOTAL		1.71		1.68		1.72

ESTANDARES ADMINISTRATIVOS

GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION
DIRECCIONAMIENTO	1.65
GERENCIA	1.78
TALENTO HUMANO	2.09
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1.55
GESTION DE LA TECNOLOGIA	1.77
GERENCIA DE LA INFORMACION	1.79
MEJORAMIENTO CONTINUO	1.72
TOTAL	**1.76**
CALIFICACION GENERAL	**1.72**

Elaboró: Carlos A. Escobar Torres P.E. Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Revisó: María Paulina Osorio Cortina Directora Operativa Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Aprobó: Jorge Correa Rosales Director DADIS Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:

Principales hallazgos u oportunidades de mejora de las auditorías Internas:

1. Talento Humano: Necesidad de fortalecimiento de capacidades en Humanización y seguimiento estricto al cumplimiento de protocolos de Bioseguridad.
2. Apoyo Diagnostico y Terapéutica: Fortalecimiento de capacidades en cuanto al protocolo y estrategias para la entrega de muestras citológicas al laboratorio clínico de parte de los centros de salud, Educación a pacientes sobre la toma de muestras de laboratorios.
3. Apoyo Logístico: Fortalecimiento de capacidades sobre Ambiente y Manual de Limpieza y desinfección.
4. Servicio Farmacéutico: Seguimiento a Recepción técnica de medicamentos, dispositivos médicos y gases medicinales y Revisión de Carros de paro en algunos centros de salud.

- *Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios:* La ESE realizo el análisis de los resultados de los indicadores de PAMEC (Derechos y deberes, Campaña de 3 R, Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico, Quejas relacionadas con trato deshumanizado, Porcentaje de errores por falla en el proceso diagnóstico de laboratorio clínico, etc.), indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejan el estado de los mismos frente a estándares o metas definidas, se evidencian semaforizados acorde al cumplimiento y conforme a los desvíos de indicadores realizan plan de mejoramiento.

- *Análisis de la escucha de la voz del cliente:* Participación Social y Comunitaria de la ESE realiza la aplicación de encuestas de satisfacción, con base a la cantidad de usuarios atendidos por servicios en el mes anterior, se calcula el número de encuestas a aplicar, mediante la fórmula establecida para sacar el cálculo de la muestra representativa a encuestar por servicios.

La Aplicación del instrumento de medición de satisfacción son realizadas en las salas de espera de los Centros y Puestos de Salud de la ESE H.L.C.I, todos los días, por las auxiliares administrativas y mediante llamadas telefónicas.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Se evidencia la Matriz de Priorización donde se correlacionan los grupos de estándares de acreditación con cada uno de los procesos de la IPS (Consulta externa, Atención Inmediata, Apoyo Diagnostico, Participación social y comunitaria, Mercadeo y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, entre otros), oportunidad de mejora, criterios (riesgo, costo, volumen), con el puntaje total que arroja cada proceso.

3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Una vez identificados los procesos a mejorar y con la participación de todos los integrantes del equipo de calidad, se aplica la metodología de priorización del Ministerio teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen.

Para la realización de la priorización se desarrolla en la matriz del formato destinado para tal fin y que se anexa al documento teniendo en cuenta los factores críticos de éxito, que son aquellos aspectos que si todos los colaboradores involucrados contribuyen a su cumplimiento permitirán el logro de los objetivos y metas de la entidad.

Luego de revisar el listado de procesos a mejorar y la priorización de acuerdo con riesgo, costo y volumen, las oportunidades de mejora calificadas igual o mayor a 125 puntos, serán consideradas como críticas, de las cuales se tomarán las primeras 40.

Al finalizar cada fase del PAMEC, aquellas oportunidades que cumplen en su totalidad la gestión de las acciones del ciclo PHVA y se alcanza la meta del indicador, quedaran efectivamente cerradas.

Se evidencia formato MATRIZ DE PRIORIZACION con estándares seleccionados 151, 152, 158 al 162 y estándar 164, con el proceso definido, oportunidades de mejora y puntaje total para cada uno de ellos. Se priorizaron 40 oportunidades de mejora, de las que salieron 140 actividades.

4. CALIDAD ESPERADA

Una vez priorizadas las oportunidades de mejora se define la calidad esperada, teniendo en cuenta las fichas técnicas de los indicadores existentes y/o referenciación de metas para aquellos indicadores que son nuevos.

- Cierre de las acciones de mejora programada en el periodo evaluado. Meta 70%
- Indicadores resolución 256 de 2016, con el cumplimiento de las metas descritas en las fichas técnicas institucionales.

Se definió la calidad esperada de forma general de acuerdo con los objetivos estratégicos del plan de desarrollo institucional y los indicadores de PAMEC cuya proyección se determinó en 1.87.

En esta etapa se construyeron un total de 9 indicadores a continuación se en lista

1. Porcentaje de adherencia A guías de manejo Institucionales.
2. Porcentaje de Eventos Adversos De Dispositivos Médicos.
3. Porcentaje de Cumplimiento en la entrega de medicamentos.
4. Porcentaje de Medicamentos y dispositivos médicos vencidos.
5. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Laboratorio Clínico de Urgencia.
6. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Laboratorio Clínico de

Consulta Externa.
7. Porcentaje De Muestras de Laboratorio Clínico Procesadas
8. Oportunidad En La Respuesta De PQRSDF.
9. porcentaje de usuarios sensibilizados en deberes y derechos.

5. CALIDAD OBSERVADA

En esta etapa se realizó un diagnóstico con base a los comités institucionales de seguridad del paciente, historias clínicas, indicadores de los dominios de seguridad, efectividad y oportunidad de acuerdo con la resolución 256 de 2016 y autoevaluación de todos los estándares de acreditación.
Se empezó a medir algunos indicadores construidos en el paso de la calidad esperada, cabe anotar que todos no se midieron por inconvenientes en la fuente del dato.

Se Planearon 140 acciones de mejora y se ejecutaron solo 30, con un cumplimiento del 21% de ejecución.

6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA

La formulación de los planes de mejoramiento inicio en el mes de julio, debido a la reprogramación de reuniones de los diferentes pasos de la ruta crítica y finalizo en el mes de agosto.
La elaboración del plan de mejoramiento se realizó con cada responsable del proceso o persona asignada del área; se tomaron las 40 oportunidades de mejoras priorizadas y aprobada por el agente interventor y se entregó a cada responsable para su ejecución.

Se evidencian los planes de mejoramiento por cada proceso priorizado: Seguridad y salud laboral, Participación Social y Comunitaria, Talento humano, Gestión TIC, Vigilancia Epidemiológica, Planeación, Apoyo logístico Ambiente, Docencia Servicio, Apoyo

Diagnostico, Gestión Estratégica, Apoyo Logístico, Servicio Farmacéutico y Consulta Externa, para un total de 13 planes de mejora.

7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

En el mes de septiembre inicia el paso de ejecución del plan de acción y seguimiento de los indicadores; se realizaron reuniones de seguimiento a partir del mes de octubre con cada responsable de los procesos y se dejaban sugerencias para el avance del PAMEC.
En el mes de diciembre se realizó cierre del plan de acción con un avance general del 21%; de 140 actividades programadas a corte de diciembre 2024, se ejecutaron 30 actividades, a continuación, se detallan las actividades se encuentran en estado atrasado y en desarrollo.

8. EVALUACIÓN DE LA EJECUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

La ESE HLCI está realizando seguimiento a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Se realiza semaforización de acuerdo con el cumplimiento de planes de mejora.

9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Se evidencia acta de informe final PAMEC del 31/01/2024 donde se describe el avance y nivel del cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC con corte 31 de diciembre de 2024, con el propósito de identificar el mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional bajo la gestión de las oportunidades de mejora planteadas.

Los resultados se tienen en cuenta para incorporar las mejores prácticas demostradas en la estandarización de los procesos.

Al cierre del PAMEC, se logra listar los procesos priorizados y los procedimientos, instructivos y documentos estandarizados, producto del mejoramiento continuo y de la baja ejecución de los planes de acción.

Efectividad del PAMEC: Numero de acciones de mejora cerradas en el periodo evaluado/ total de acciones de mejora programadas en el periodo evaluado (meta 70%).

OBSERVACIONES:

- Se evidencian desviados los Indicadores de Trato Deshumanizado, oportunidad en la asignación de citas de odontología durante enero y febrero, oportunidad en la asignación de citas por medicina general en enero, febrero, abril, mayo y agosto, estos últimos con sus respectivos planes de mejora.

- El avance general del PAMEC fue un 21%; donde se programaron 140 actividades y solo se ejecutaron 30.

- Según cumplimiento del número de criterios, se considera baja ejecución del PAMEC 2024.

Elaboró: Carlos A. Escobar Torres P.E. Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Revisó: María Paulina Osorio Cortina Directora Operativa Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Aprobó: Jorge Correa Rosales Director DADIS Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:

Personas que intervienen en la visita	
NOMBRES	**INSTITUCION**
Angelica Jiménez C. **Angelica Jiménez Cortecero**	**Profesional Universitario de Calidad**
Julie P. Cassiani T. **Julie P. Cassiani Tejedor**	**Profesional Especializado DOPS - DADIS**
Alberto G. Soto García	**Profesional Especializado DOPS - DADIS**

Elaboró: Carlos A. Escobar Torres P.E. Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Revisó: María Paulina Osorio Cortina Directora Operativa Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma:
Aprobó: Jorge Correa Rosales Director DADIS Fecha: 20 de Septiembre de 2012 Firma: