RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

ACTA DE REUNIÓN No. 19

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: MARTHA GARZON RODRIGUEZ
FECHA: 29/9/2025 VIRTUAL: _____PRESENCIAL: X LUGAR: Hospital Cardiovascular de Soacha

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Sistema Único de Habilitación (SUH), en lo referente al estándar **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC** aplicado al servicio de **UCI adultos, pediátrica y neonatal** con el fin de garantizar la seguridad del paciente, la calidad en la atención y la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos.

HORA DE INICIO: 8:30 a.m. **HORA DE FINALIZACIÓN: 3:30 p.m.**

ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Lilibeth Escamilla Rubio	Calidad Hospital Cardiovascular de Cundinamarca	Líder Calidad	calidad@hccsa.com.co	3133911487	
Martha Garzon Rodríguez	R YF SAS	Auditora	Marthagarzonr975@gmail.com	3017402688	

1. **TEMAS A TRATAR**

   - ✓ Seguimiento a las actividades y compromisos pendientes de reuniones anteriores
   - ✓ Realizar auditoría externa al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención

     en Salud – PAMEC y validar su reporte anual.
   - ✓ Validar la generación de proceso de autoevaluación frente al Sistema Único de Acreditación, priorización

     de criterios y planteamiento de planes de mejora en harás de mejorar la calificación anualmente.

4.1.5 Realizar auditoría externa al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y validar su reporte anual.

Aspectos a revisar

- ➢ Existencia y actualización del documento institucional PAMEC (plan anual, objetivos, metodología).
- ➢ Cumplimiento de los ciclos de mejoramiento continuo (PHVA).
- ➢ Coherencia de los indicadores priorizados frente a estándares de calidad y riesgos en UCI adultos.
- ➢ Ejecución de auditorías internas y planes de acción.
- ➢ Elaboración de informes anuales del PAMEC y socialización con la alta dirección.
- ➢ Evidencia de planes de mejora implementados y seguimiento a los mismos.
- ➢ Inclusión del PAMEC en la gestión de riesgos y procesos asociados a seguridad del paciente.
- ➢ Conformación y funcionamiento de comités PAMEC con periodicidad establecida.
- ➢ Articulación con procesos priorizados (consulta externa, hospitalización, quirúrgicos, urgencias) según ruta crítica de acreditación.

Metodología aplicada

Observación documental: Revisión de políticas, manuales, plan anual del PAMEC, cronograma de actividades, informes, indicadores priorizados, planes de mejora y actas de comité.

Observación en campo: Verificación de la implementación del PAMEC en el servicio de UCI adultos, entrevistas a personal asistencial y administrativo, revisión de evidencias de socialización y seguimiento.

Análisis crítico: Contraste entre la planeación, ejecución y resultados alcanzados frente a lo establecido en la normatividad (Resolución 3100 de 2019) y estándares de calidad.

S e aplicó lista de chequeo, obteniéndose el siguiente resultado:

Checklist – Estándar PAMEC UCI adultos, pediátrica y neonatal Norma: Resolución 3100 de 2019 – SUH			
Ítem de verificación	**Evidencia requerida**	**Soporte presentado**	**Resultado**
Existencia del PAMEC institucional	Documento oficial del PAMEC aprobado por la dirección. Manual de calidad donde se incorpora el PAMEC. Acta de aprobación en Comité de Calidad.	Se presentó documento oficial del PAMEC aprobado, evidencia en el manual de calidad institucional y acta de aprobación en comité de calidad.	Cumple
2. Inclusión del servicio de UCI Adultos en el PAMEC	Plan anual de auditoría que incluye actividades específicas para UCI Adultos. Cronograma de auditorías internas en el servicio.	Se evidenció plan anual de auditoría con inclusión explícita del servicio UCI Adultos, pediátrica y neonatal y cronograma de auditorías internas documentado.	Cumple
3. Ejecución de auditorías internas	Informes de auditoría aplicados a la UCI (medicamentos, insumos, procesos prioritarios, historia clínica, indicadores, etc.). Evidencia de entrevistas y visitas en campo.	Informes de auditoría interna con cobertura en procesos asistenciales y administrativos de UCI Adultos, pediátrica y neonatal, registros de entrevistas y visitas de verificación en campo.	Cumple
4. Análisis de hallazgos y riesgos	Actas de comité de calidad donde se analizan los hallazgos en UCI. Matriz de riesgos del servicio con plan de mitigación.	Actas de comité de calidad con análisis de hallazgos en UCI Adultos, pediátrica y neonatal matriz de riesgos actualizada con planes de mitigación aplicados.	Cumple
5. Planes de mejoramiento derivados de auditoría	Documentos de planes de mejora con responsables, fechas y seguimiento. Evidencias de acciones implementadas y evaluadas.	Planes de mejora documentados con responsables definidos, cronogramas y evidencias de implementación y evaluación de resultados.	Cumple
6. Seguimiento a planes de mejora	Informes de cumplimiento de planes de mejora. Actas de reuniones de seguimiento. Evidencias de cierre de acciones correctivas.	Se presentaron informes de avance, actas de seguimiento periódicas y evidencia de cierre de acciones correctivas.	Cumple
7. Integración con indicadores de calidad	Reportes de indicadores de calidad de UCI incluidos dentro de PAMEC. Análisis de tendencia e impacto en seguridad del paciente.	Reportes de indicadores integrados al PAMEC, análisis de tendencias y evaluación de impacto en seguridad del paciente crítico.	Cumple

8. Participación del personal asistencial	Listas de asistencia a capacitaciones sobre PAMEC. Actas de socialización en la UCI. Evidencia de participación en auditorías.	Listados de asistencia a capacitaciones, actas de socialización en la UCI Adultos, pediátrica y neonatal e inclusión de personal asistencial en auditorías internas.	Cumple
9. Reporte a la alta dirección y entes de control	Informes de resultados de auditoría enviados a la gerencia/dirección. Evidencia de reporte a entes externos cuando aplica.	Informes de resultados enviados oportunamente a la alta dirección, evidencia de comunicación a entes externos cuando ha sido requerido.	Cumple
10. Cultura de mejoramiento continuo	Evidencia de proyectos de mejora implementados en UCI. Registros de impacto positivo en indicadores clínicos y de seguridad.	Se evidenciaron proyectos de mejora continúa implementados, con resultados positivos en los indicadores clínicos y de seguridad de pacientes.	Cumple

Observación documental

Presenta documento institucional PG02 Programa PAMEC, versión 5 (2025), actualizado, que incluye plan anual, objetivos y metodología. El documento contempla los tres componentes definidos: sistema de información, sistema único de acreditación y gestión del riesgo.

Se evidencia un cronograma formalizado para el año 2025, que inicia con **autoevaluación ejecutada entre noviembre de 2024 y enero de 2025**, en la cual se documentan cada uno de los pasos de la ruta crítica y los tiempos definidos para el desarrollo de las actividades correspondientes a cada paso de la ruta.

Se observa la elaboración de planes de acción realizados de abril a diciembre 2025 los resultados del sistema de información correspondiente a indicadores del año 2024, la identificación de riesgos y procesos relacionados con seguridad del paciente y la ejecución de los planes de mejora su evaluación y seguimiento.
De acuerdo con el cronograma, en abril se elaboraron los planes de acción y, a partir de mayo hasta diciembre de 2025, se programó la implementación de los resultados obtenidos de:

- Autoevaluación de acreditación 2024
- el análisis de los indicadores de gestión correspondientes al año 2024,
- la identificación de riesgos institucionales,
- los procesos asociados
- y la ejecución, evaluación y seguimiento de los planes de mejora

Posterior al proceso de autoevaluación, se observa el análisis correspondiente y se avanzó en los pasos de la ruta crítica, priorizando para el año 2025 los procesos de consulta externa, hospitalización, especialidades quirúrgicas y urgencias, estableciendo en cada uno la calidad esperada vs. calidad observada.

Cuentan con un plan de mejora consolidado, estructurado en 50 actividades registradas en la matriz calidad observada/calidad esperada y plan de mejora, con ejecución programada entre mayo y noviembre de 2025.

Actualmente desarrollan comité PAMEC con periodicidad mensual para realizar seguimiento a la ejecución y cumplimiento de las actividades propuestas.

el cierre del ciclo contempla la socialización del PAMEC a los colaboradores de la organización, con cultura de calidad y mejora continua, garantizando que cada actor conozca su rol en la implementación y cumplimiento de los planes de mejora.

Observación en campo

El personal asistencial y administrativo de la UCIS conoce los objetivos del PAMEC y participa en su implementación.
Se constató la socialización del plan de mejora con los equipos de salud de la UCI.
Se verificó evidencia de cultura de calidad y mejora continua, con participación activa en comités.
Los profesionales entrevistados reconocen el seguimiento a indicadores y la retroalimentación institucional.
El PAMEC se percibe como proceso transversal, aplicado a la UCI y articulado con otras áreas.

Conclusión:

El Hospital Cardiovascular de Cundinamarca, en el servicio de unidades de cuidados intensivos, presenta alto nivel de cumplimiento del estándar PAMEC según la Resolución 3100 de 2019, evidenciando planeación, ejecución, seguimiento y mejora continua. Existe articulación con procesos priorizados y alineación con la seguridad del paciente y la acreditación en salud.

Recomendaciones

- ✓ Fortalecer la integración de indicadores clínicos como eventos adversos) dentro del seguimiento del PAMEC.
- ✓ Garantizar la socialización de los resultados con todo el personal asistencial y administrativo.
- ✓ Mantener la participación transversal de todas las áreas en comités y espacios de retroalimentación del PAMEC.

4.1.6 Validar la generación de proceso de autoevaluación frente al Sistema Único de Acreditación, priorización de criterios y planteamiento de planes de mejora en harás de mejorar la calificación anualmente

Objetivo

Verificar el cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación (SUH) en lo referente al estándar PAMEC, y la articulación con el proceso de autoevaluación del Sistema Único de Acreditación (SUA) en el servicio de unidades de cuidados intensivos , garantizando la seguridad del paciente, la calidad de la atención y

la consolidación de una cultura de mejora continua.

Aspectos a revisar

- Existencia y actualización del documento institucional PAMEC.
- Evidencia de ejecución de autoevaluación frente a estándares SUA.
- Metodología aplicada (instrumentos, periodicidad, responsables).
- Priorización de criterios críticos para planes de mejora.
- Formulación de planes de mejora con metas, indicadores y responsables.
- Seguimiento y evaluación periódica de las actividades programadas.

- **Requisitos revisados y hallazgos**

S e aplicó lista de chequeo, obteniéndose el siguiente resultado:

Lista de Chequeo – Estándar PAMEC y Autoevaluación SUA			
Servicio: UCI Adultos – Hospital Cardiovascular de Cundinamarca			
Norma de referencia: Resolución 3100 de 2019 – Sistema Único de Habilitación (SUH) y lineamientos del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA).			
Ítem de verificación	**Evidencia requerida**	**Soporte presentado**	**Resultado**
Existencia de documento institucional del PAMEC actualizado	Manual/documento PG02 PAMEC versión vigente	Documento PG02 PAMEC, versión 5 (2025)	CUMPLE
Ejecución de autoevaluación institucional frente a estándares SUA	Informe de autoevaluación con resultados y calificación	Informe de autoevaluación institucional 2025	CUMPLE
Metodología definida para la autoevaluación	Instrumentos, periodicidad y responsables	Formatos, cronograma y actas de responsables	CUMPLE
Priorización de criterios críticos para la mejora	Matriz de priorización, criterios seleccionados	Documento de priorización 2025	CUMPLE

Formulación de planes de mejora	Planes con metas, indicadores, responsables y cronograma	Matriz de planes de mejora con 50 actividades	CUMPLE
Seguimiento periódico al PAMEC	Actas de comité, evidencias de seguimiento	Actas mensuales de comité PAMEC 2025	CUMPLE
Articulación con procesos de acreditación	Plan de inicio y cronograma de acompañamiento SUA	Cronograma que inicia 29 de agosto de 2025	CUMPLE
Socialización a talento humano	Actas, capacitaciones, evidencias de socialización	Registros de reuniones con personal de UCI	CUMPLE

Se indaga por la existencia, documentación, implementación y efectividad del proceso de autoevaluación institucional frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), así como la priorización de criterios y la formulación de planes de mejora que permitan optimizar la calificación anual y avanzar hacia la excelencia en la calidad de la atención. La calificación actual con cierre de 2024 fue 2.2

La validación comprendió:

Revisión del informe de autoevaluación institucional frente a estándares del SUA.
Verificación de la metodología de aplicación de la autoevaluación (instrumentos, periodicidad, responsables).
Análisis del proceso de priorización de criterios críticos para la mejora.
Revisión de los planes de mejora formulados, con metas, indicadores, responsables y cronogramas.
Seguimiento a la evolución de la calificación institucional en periodos previos.

El Hospital Cardiovascular de Cundinamarca demuestra la implementación del PAMEC, con un marco documental actualizado, autoevaluación realizada, planes de mejora en ejecución y seguimiento periódico. El programa se encuentra alineado con la normatividad nacional y en proceso de integración con la acreditación en salud.

Actualmente se encuentran en el proceso de a autoevaluación del SUA iniciado el 29 de agosto de 2025. Esto evidencia articulación entre PAMEC y procesos de acreditación institucional. Se anexa acta de reuniones

Recomendaciones:

Se recomienda a la institución avanzar en el proceso de **Acreditación en Salud**, entendiendo que este

constituye no solo un requisito voluntario de calidad, sino una herramienta estratégica para fortalecer la cultura de calidad, la seguridad del paciente y la mejora continua.
El proceso de acreditación permite: Consolidar estándares superiores de atención y gestión clínica. Posicionar a la institución como referente en calidad en el ámbito regional y nacional; además Generar aprendizaje organizacional y compromiso de todo el talento humano.

Conclusión
Es importante que la institución mantenga la articulación del PAMEC con la ruta de acreditación, promoviendo el Sistema Único de acreditación.

4. COMPROMISOS O ACTIVIDADES PENDIENTES

Fortalecer y dar continuidad al proceso de acreditación

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Dar continuidad al proceso de acreditación	Dr. Héctor Olaya Lilibeth Escamilla	
2			
3			