
 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	CODIGO: MEC-M-003-01
		VERSION: 03
		FECHA: JULIO DE 2016

**PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA
CALIDAD EN SALUD (PAMEC 2013)**

DR RICARDO POSADA MONTES

Cali - Valle del Cauca
Colombia
2016


 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

REFLEXION

“El adulto mayor no necesita ni reclama compasión de nadie y menos que se le mire como un desvalido. Lo que quiere es respeto, es solidaridad, no ser ofendido ni por el poder ni por la ingratitud, ni por la maldad; tener derecho a la salud, al bienestar, a la dulzura, a la compañía, al pan y a la libertad. Una administración que no respeta a sus viejos está muy lejos de la justicia y muy cerca de la vergüenza, porque ellos son los que nos enseñaron los valores de la vida muchas veces doblegada, muchas veces ennoblecida, ellos nos enseñaron la fuerza de los principios, la ternura de una lágrima, la memoria del corazón. En sus espaldas cansadas, en sus bocas reseca, en sus ojos humedecidos, están los destellos de la dignidad.

Quisiera convocar a los jóvenes a que compartan mas sus vidas con las personas que los enseñaron a amar, con las personas que se quedaron en sus vidas mientras otras decidieron alejarse, con las personas que les hicieron sonreír en los silencios y no olvidarse de que también con ellos han llorado, porque los que no llegan a ser adultos mayores es porque lamentablemente perdieron sus vidas antes en el camino, pues de alguna manera todos aspiramos a vivir con salud lo más longevo posible, porque la vejez no puede ser un castigo por haber vivido, una vida plena de satisfacciones y por el deber cumplido.”

MARCOS PROAÑO MAYA

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

INTRODUCCION


Con el fin de actualizar el Direccionamiento Estratégico a las exigencias del entorno para su posterior alineación a la planeación organizacional la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel inicia su segundo ciclo de autoevaluación a más de dos años de haber iniciado el primero en el 2014, en donde se pretende aprovechar de mejor manera los tiempos de ejecución anuales para que coincida con los cortes de evaluaciones exigidos por la normatividad, especialmente hablando de la resolución 743 de 2013 que evalúa la Gestión de la Gerencia.

En el año 2013 se dio inicio al proceso de autoevaluación de los estándares de acreditación, se conformó para tal fin el grupo de mejoramiento que estaba constituido por los profesionales de cada área y personal operativo.

La autoevaluación se realizó utilizando la metodología ABC del PAMEC, fue un proceso arduo, extenso que tomo alrededor de 8 meses solo para los estándares asistenciales que aplicaban a la institución, Aunque hubo épocas de desfallecimiento y de no querer continuar con el proceso La ESE culmino la primera etapa la cual fue un gran ejercicio de aprendizaje organizacional por la metodología de Auditoria Integral.

Es útil mencionar que cuando se inició el proceso de autoevaluación se hizo con base en la segunda versión del Manual de Estándares de Acreditación y no se tuvo en cuenta la tercera versión de la resolución 123 de 2012, por lo que se tuvo que reiniciar el ejercicio utilizando esta última versión.

Igualmente durante el lapso que duro la autoevaluación la institución se dio cuenta que al ritmo que se estaba trabajando no se iba a poder terminar con la totalidad de los estándares, por lo que se decidió solamente hacer la autoevaluación de los

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

Estándares asistenciales y re-orientar el enfoque hacia el fortalecimiento de Seguridad del Paciente, implementando la “Guía Técnica de Buenas Practicas Para la Seguridad del Paciente” (GTBPSP).

Para finales del año 2015 y principios del año 2016 se decide cerrar ciclos de avances priorizados y así evidenciar la mejora, la cual va dirigida a la construcción de enfoques, de los cuales carecía la institución en materia de Seguridad del Paciente y al despliegue a los colaboradores.

Para el año 2016 se continuara con la autoevaluación de la totalidad de los estándares dado que como ya se mencionó inicialmente, se debe cumplir con la resolución 743 de 2013 y orientar la mejora hacia la obtención de resultados


1. ACTUALIZACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO AÑO 2016

1.1 Misión

Somos una empresa social del estado que ofrece servicios de salud de baja complejidad y programas complementarios con calidad, que garantizan el bienestar integral a los adultos mayores del sur occidente colombiano, asegurando los determinantes sociales con un recurso humano multidisciplinario, calificado y comprometido, haciendo uso eficiente de los recursos con responsabilidad social.

1.2 Visión

Ser reconocido en el año 2026 como el primer centro de referencia del sur occidente colombiano en la atención y rehabilitación integral del adulto mayor con un modelo geriátrico centrado en la persona

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

1.3 Principios


Los principios corporativos en la E.S.E. Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel son:

- **Lealtad:** es la manifestación permanente de fidelidad que se traduce en constancia y solidaridad para con la institución en todos sus niveles.
- **Creatividad:** nuestra imaginación, proyectos e ideas, están encaminados hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, proyectando una institución hacia el futuro.
- **Fidelidad:** saber cumplir la palabra dada, las promesas y mantener los compromisos, aceptando las consecuencias de las propias acciones.
- **Calidad humana:** pensamos principalmente en las buenas relaciones que debe haber entre los servidores públicos, colaboradores y usuarios de nuestra institución, actuando con respeto y tolerancia.
- **Transparencia:** ser claro, evidente, informar a la sociedad sobre las actividades administrativas, financieras y los resultados de la gestión.
- **Responsabilidad social:** contribuir con el cuidado del medio ambiente a través de la estrategia hospital verde. Aportar por medio de procesos pedagógicos en el cambio del imaginario social del proceso de envejecimiento y la vejez.

Nota: se adicionaron los principios de Transparencia y Responsabilidad Social.

1.4 Valores corporativos

- **Honestidad:** es actuar con honradez en correspondencia con las acciones y los deberes. Los servidores públicos cumplen con sus deberes y obligaciones


 <p>E.S.E HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	CODIGO: MEC-M-003-01
		VERSION: 03
		FECHA: JULIO DE 2016

de manera honesta, respetando el horario establecido y manejando de manera eficiente los bienes y recursos asignados

- **Equidad:** es el actuar con respeto a las personas que requieren de un servicio, sin preferencia de género, religión, posición social y económica.
- **Responsabilidad:** disposición y diligencia en el cumplimiento de las funciones y tareas encomendadas. Los servidores públicos sin importar su cargo se apoyan en el trabajo en equipo para dar respuesta efectiva a los requerimientos institucionales y de la comunidad.
- **Disciplina:** apoyar el trabajo en equipo para dar respuesta efectiva a los requerimientos institucionales y de la comunidad.
- **Respeto:** es el aceptar las ideas y posturas relacionadas con la vida misma en el lenguaje y el trato. Los funcionarios del hospital reconocen y valoran el trabajo de sus compañeros, asumen las competencias propias de su función sin interferir en las de los demás.

1.5 Política Institucional

La Ese Hospital Geriátrico Y Ancianato San Miguel se compromete a brindar a sus usuarios una atención integral segura y humanizada promoviendo el mejoramiento continuo en nuestros procesos, procurando su satisfacción y la de su familia; apoyados por un talento humano competente y comprometidos con la gestión del riesgo, gestión de calidad, gestión de desarrollo organizacional y MECI que nos permita un posicionamiento en el sector salud como la mejor empresa social del estado en atención geriátrica en el sur occidente colombiano, manteniendo el equilibrio financiero y la rentabilidad social.

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	CODIGO: MEC-M-003-01
		VERSION: 03
		FECHA: JULIO DE 2016

2. EJECUCION DEL PAMEC AÑO 2013

A continuación se presenta el logro en los estándares priorizados del PAMEC 2013, se relacionan los criterios priorizados y las oportunidades de mejora a las que se le realizaron planes y el porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento con corte a Diciembre 31 de 2015, con su respectivo comportamiento durante el año.

DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACION
<p>Estándar 1. Código: (AsDP1) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>Evaluar el entendimiento de la política de deberes y derechos en los usuarios y su familia, publicar dicha declaración en sitios específicos de la institución</p>	<p>Se publicó material concerniente a deberes y derechos en el área asistencial, sin embargo no es suficiente y la fuente del material es muy pequeña. Está pendiente la publicación en los sitios estratégicos de la institución. No se hizo capacitación a los funcionarios de acuerdo a la programación de octubre de 2015. Falta publicar esta declaración en página web y sitios más visibles de la institución y desarrollar estrategias encaminadas a fortalecer el despliegue de los deberes y derechos. Falta la socialización y evaluación del entendimiento. El porcentaje de cumplimiento es del 30%</p>

SEGURIDAD DEL PACIENTE

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACION
<p>Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante: Criterios: • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. • Monitorización de eventos adversos. • Evidencias de tendencias hacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el Programa de Seguridad del Paciente y socializarlo al 100% de los funcionarios • Socializar la Política y programa al 100% de los funcionarios 	<p>En julio de 2014 y julio de 2015 se socializo el programa de seguridad del paciente que incluye el sistema de reporte institucional así como las herramientas. El porcentaje de asistencia a la capacitación en el 2014 fue de 80%. El comité de seguridad del paciente se reúne mensualmente para analizar los incidentes tanto del área asistencial como de</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>
<p>la mejora y el desempeño superior</p>		<p>residencia, falta fortalecer el equipo en cuanto a la puntualidad para reunirse en los días establecidos. No existen estrategias para el fortalecimiento de una cultura justa.</p>
<p>Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye: Criterios: • La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. • La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias. • La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.</p>	<p>Conformar el comité de seguridad del paciente y socializar las herramientas para investigación, análisis y gestión.</p>	<p>Está conformado el comité de seguridad del paciente: las personas que siempre asisten son: Jefe de enfermería, Medico y Calidad y personas invitadas, sin embargo la rotación constante de médico no permite la adherencia a los procedimientos, se debe fortalecer desde enfermería el trabajo realizado en el comité. En el 2015 se aplicó la encuesta para el análisis del clima de seguridad pero aún no se han consolidado los resultados. No existen políticas para la gestión del riesgo.</p>
<p>Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.</p>	<p>El HGASM estudiara y socializara a sus funcionarios la Guías de Buenas Practicas de SP.</p>	<p>Falta incluir las prácticas seguras en el documento "programa de seguridad del paciente". Se capacito al personal en el año 2014 y 2015 con base en la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente. Se cuenta con cronograma de capacitación de la GBTSP para el segundo semestre de 2016. Los incidentes más comunes y que se reportan por auto-reporte son las caídas, sin embargo aún no está estandarizado el protocolo de caídas. Las capacitaciones solo han sido direccionadas hacia el cumplimiento de los "procesos asistenciales seguros y procesos institucionales seguros" se deben incluir los demás temas.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

ACCESO

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción 	<p>El HGASM no cuenta con señalización adecuada para guiar al visitante a los diferentes servicios, identificación de visitantes desde portería, capacitar al personal de portería en: tarifas, atención al cliente, horarios, ubicación de los espacios.</p>	<p>Falta señalización en el área nueva de hospitalización, administración, portería, residencia, de acuerdo a la norma vigente, No se cuenta con el Manual de Atención al Usuario donde se especifique desde portería la información que se debe brindar al usuario, así como los controles que se deben aplicar.</p>
<p>Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.</p>	<p>Implementar el ciclo de atención para cada servicio y darlo a conocer a todos los funcionarios</p>	<p>Esta implementado el ciclo de atención pero no ha sido socializado a los funcionario por lo cual no se puede verificar su conocimiento.</p>
<p>Estándar 13. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Criterios:</p> <p>En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta. • Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología). • Tiempos para la realización de interconsultas. • Listas de espera para las patologías que lo ameritan. • Demanda insatisfecha. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 	<p>Implementar otros indicadores como el de la oportunidad y tiempos de espera de la atención en cada uno de los servicios.</p>	<p>Se cuenta con software de HC. Pero no se ha implementado el módulo de agenda, la cual es necesaria para medir la oportunidad en interconsulta. No existe un procedimiento formal para la asignación de citas (la fuente existente para la recolección de la información no tiene la información básica) siendo este un criterio de habilitación.</p>
<p>Estándar 14. Código: (AsAC7) La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.</p>	<p>Organizar charlas por parte de Gerontología y Atención al Usuario para explicarle a los residentes que servicios presta la institución y cuáles no, así como el procedimiento por parte de las EPS para asignar citas: Así mismo organizar el procedimiento para el área asistencial.</p>	<p>No se cuenta con un procedimiento formalizado.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03


FECHA: JULIO DE 2016

REGISTRO E INGRESO

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 18. Código: (AsREG3)</p> <p>En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. • Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia. • Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación. • Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento. 	<p>Establecer la guía de información al usuario.</p>	<p>No se ha realizado el análisis de cuál es la información relevante en el momento del registro de los usuarios en cada uno de los servicios. No se han definido las necesidades de educación, información y comunicación de cada uno de los servicios, no se hacen ejercicios de referenciación competitiva al respecto.</p>

EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 20. Código: (AsEV2)</p> <p>La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones. * Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. • La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. * La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. • El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. * Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutorias. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los 	<p>Complementar el programa de P y P existente e incluir actividad física, lavado de manos, autocuidado. Formar un equipo para sensibilización de la enfermedad y adoptar estilos de vida saludable. Construir el indicador de adherencias a los tratamientos y establecer las fuentes de medición. Construir el indicador de adherencia a guías.</p>	<p>Existe un programa de P y P para la población cautiva de la institución en el cual se realizan periódicamente las evaluaciones de acuerdo a las necesidades de la prevención, sin embargo falta fortalecer el contenido. No se ha medido la adherencia a este programa. No se cuenta con comité de infecciones y solo se ha abordado el tema de la prevención de infecciones en las capacitaciones de la GBPSP, se deben desplegar acciones encaminadas a su prevención: (neumonías, ITU, etc)</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>
<p>usuarios y los resultados en salud. * Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías. * Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.</p>		

PLANEACION DE LA ATENCION

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACION
<p>Estándar 22. Código: (AsPL1) Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad. Criterios: • Se define el enfoque de riesgo. • Se priorizan los riesgos críticos. • Se mide el impacto. • Se gestionan y evalúan los resultados</p>	<p>Implementar metodología para valoración del riesgo en todos los niveles de la organización.</p>	<p>No existen estrategias en el autocuidado y la corresponsabilidad. En los deberes y derechos no se ha incluido la promoción de la autonomía.</p>
<p>Estándar 23. Código: (AsPL2) Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye: Criterios: • Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud. • En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener: • Cuáles son los objetivos de la guía. • Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. • Definición de mecanismos de consenso. • Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo. • Formulación explícita de recomendaciones. • Cada cuánto se hará la actualización. • Aplicabilidad. • Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. • Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. • La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.</p>	<p>Revisar las guías de acuerdo a las 10 primeras causas de consulta, documentarlas, socializarlas y evaluarlas. Revisar en que consiste el proceso de planeación de la atención. No se cuenta con el proceso de planeación de la atención.</p>	<p>Se cuenta con la guía de EPOC, GUIA DE HIPOTIROIDISMO, GUIA DE MANEJO EAP GERIATRICA, GUIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA Y ACV, igualmente las guías cuentan con objetivos, identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. No se cuenta con mecanismos de evaluación de las guías. (27-07-2016): De acuerdo al perfil epidemiológico del servicio de consulta faltan: las guías de Hipertensión esencial, otras anomalías de la marcha y de la movilidad y de las no especificadas, infección de vías urinarias sitio no especificado, infección viral no especificado, celulitis, hemorragia intracraneal, otros trastornos de la tiroides. En Hospitalización las 10 primeras causas son: infecciones de vías urinarias de sitios no especificados, celulitis de otras partes de los miembros, otros cuidados especificados posteriores a la cirugía, convulsiones febriles, hiperglicemia no especificada, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, erisipela, diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación, hipertensión</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

		esencial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada.
--	--	--

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 25. Código: (AsPL4)</p> <p>En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.</p>		

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 29. Código: (AsPL8)</p> <p>La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen, mas no se restringen a:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud sexual y reproductiva. • Crecimiento y desarrollo. • Programas nutricionales y alimentarios. • Salud visual. • Salud oral. • Enfermedades crónicas y degenerativas. • Salud mental. • Enfermedades de transmisión por vectores. • Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras). 	<p>Revisar los protocolos de promoción y prevención y actualizar la información de acuerdo a lo que exige el estándar, socializarla y evaluarla.</p>	<p>Existe un protocolo de la Promoción y la prevención, no se ha evaluado el conocimiento. En el protocolo falta incluir aspectos de salud sexual, salud visual, salud mental, enfermedades de transmisión por vectores y prevención de enfermedades infecciosas. Se deben establecer estrategias para asegurar el despliegue en la institución así como medir su adherencia.</p>
<p>Estándar 30. Código: (AsPL9)</p> <p>La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes. • La organización asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados. • La organización asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las 	<p>Definir el documento donde se defina la información que se debe brindar al paciente y familiar sobre su patología y plan de tratamiento.</p> <p>Revisar y actualizar el Programa de Protección de acuerdo a las exigencias del estándar. Establecer la base de datos de todos los pacientes hipertensos, diabéticos, EPOC, salud sexual, nutrición.</p> <p>Asegurar que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tengan acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades</p>	<p>No existen políticas de autocuidado y corresponsabilidad. Desde enfermería se aplica el procedimiento de valoración física (cefalocaudal, toma de signos vitales), no hay evidencia de las actividades de información y desarrollo de competencias en el usuario.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

enfermedades se transmiten a todas las organizaciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos.

- La organización asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- La organización asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud.
- Existe un registro de acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas

y actividades de promoción de la salud. La información de la promoción y la prevención son registrados en el formato: "Programa de P y P"

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 32. Código: (AsPL11)</p> <p>En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación). • La privacidad debe ser visual y auditiva. • Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación. • La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. • En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes. • Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricos y pacientes en condiciones críticas. • Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc. • Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir. • Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares. • Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes. • Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor. • Abordaje integral del manejo del dolor. • Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables. • Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares. 	<p>Incluir en la Política (programa) de atención humanizada la capacitación al personal sobre el respeto por el baño y la privacidad de los pacientes, implementar políticas del silencio. En las actividades lúdicas no se incluyen a todos los residentes, solamente se llevan los más funcionales por lo cual debe estudiarse la posibilidad de incluirlos. Con respecto a las creencias religiosas actualizar la base de datos incluyendo información al respecto. Incluir en la capacitación de atención humanizada lo referente a la información confidencial (comentarios de pasillos o de forma burlesca) (enfermedades, preferencias sexuales, etc.). Definir los horarios de visita sin discriminación para todos los residentes y hospital. Preguntar en la encuesta de satisfacción las consideraciones en gustos y preferencias de la dieta en el área de hospitalización. Capacitar al personal en habilidades de comunicación. Procedimiento para el manejo respetuoso y consideración de la información. Establecer procedimientos para humanización en la prescripción y administración de medicamentos. Revisar procedimiento de baño de pacientes para las condiciones de dignidad y privacidad. Establecer procedimiento para el respeto al cadáver, la institución no cuenta con un sitio especial para la</p>	<p>No se ha construido la política de atención humanizada y por lo tanto no se han desarrollado estrategias. Se han hecho mejoras aisladas que no obedecen a una articulación con el direccionamiento estratégico. En la planeación está contemplado la construcción del depósito de cadáveres. No hay un manejo respetuoso del cadáver. No existe protocolo, ni abordaje integral del dolor y puede aprovecharse la contratación con medico integrativo.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL


**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio. 	<p>disposición del cadáver. Establecer políticas para reducir la contaminación auditiva.</p>	
<p>Estándar 33. Código: (AsPL12) La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:</p>	<p>Establecer si es necesario que el servicio farmacéutico participe en GI. Formalizar programa de farmacovigilancia. No se cuenta con mecanismos para diferenciar medicamentos lasa. No se cuenta verificación de los correctos de farmacia. Establecer política de uso racional de los antibióticos.</p>	<p>El servicio farmacéutico no participa en el plan de tratamiento ni en el GI. No se cuenta con programa de farmacovigilancia. Aun no existen procedimientos para el uso correcto de medicamentos, solo se realizó una capacitación en el 2015 pero no existen acciones implementadas a partir de ella. No existen acciones para educar en corresponsabilidad en la seguridad de los medicamentos, no hay educación en autonomía.</p>
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño del plan farmacológico de tratamiento. • Aplicación de la política de uso racional de antibiótico. • Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere. • Participación del servicio farmacéutico. • Participación de infectología si la complejidad lo requiere. • Reconciliación de medicamentos al ingreso. • Farmacovigilancia. • Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración. • Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos. • Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica. • Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. • Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. NA • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 		
<p>Estándar 34. Código: (AsPL13) La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica. • Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, e <p>incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, 	<p>Verificar si en la historia clínica queda consignada esta información. Por ejemplo de terapias de rehabilitación, cambios de medicamentos, etc. Por parte de trabajo social. Si no existe se debe establecer metodología.</p>	<p>Se verificó historia clínica de Aida Lely Zuluaga: en las notas de enfermería de Pensión y de Hospitalización en el año 2015 no se evidencia información que se le suministre al familiar sobre la planeación y la investigación diagnóstica. Se verificó historia clínica de la Sra. Aida Lely Zuluaga hospitalizada en enero de 2015 y tampoco se evidencia dicha información.</p>

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

<p>almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante. • Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes. • Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados. • Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados o en estado de inconciencia. 		
---	--	--

EJECUCION DEL TRATAMIENTO

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 40. Código: (AsEJ1) Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.</p>		
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organiza la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida. • Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas. • La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. • Se realiza valoración nutricional. • Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes. • La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 	<p>Evaluar la oportunidad y efectividad de las interconsultas. Evaluar el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento. Verificar en historia clínica si el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.</p>	<p>Aun no se evalúa la oportunidad de las interconsultas. No se evalúa el trabajo en equipo.</p>
<p>Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica. • La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos. 	<p>Implementar sistema de evaluación interna de historia clínica para monitorizar y mejorar los procesos de atención y las guías de práctica clínica.</p>	<p>No se ha implementado un sistema de evaluación interna de una muestra de historias clínicas. No se cuenta con la Guía o procedimiento para las reuniones de Grupo multidisciplinario. De acuerdo a las 10 primeras causas de consulta, solo existen 3 guías disponibles en la Pública de la institución. Se cuenta con</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

<ul style="list-style-type: none"> • La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento. • Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas. • La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización. • La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva. • Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento 		<p>procedimiento de evento adverso pero se debe ajustar al área de Hospitalización. Las guías no son consultadas por los profesionales.</p>
<p>Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas). Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales. • La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación. • La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica. • Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 	<p>Elaborar la guía violencia sexual. Evaluar el conocimiento de las guías en los colaboradores.</p>	<p>Se cuenta con dos profesionales certificados. Esta elaborada la guía de abuso sexual y violencia intrafamiliar, pero aún no se ha evaluado su conocimiento. No se cuenta con Botiquín para asegurar la conservación de las pruebas legales. No se controla la adherencia a las estrategias de detección e intervención.</p>
<p>Estándar 45. Código: (AsEJ6) La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención. • El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios. • Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo. • Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente. • La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el proceso de la atención. 	<p>Estandarizar el programa de educación al adulto mayor incluir todas las necesidades de educación incluyendo la seguridad dentro del proceso de atención.</p>	<p>Se cuenta El Programa Bio-Sicosocial, en el 2015 se realizaron talleres para el adulto mayor dirigidos al fortalecimiento de vínculos, entrenamiento cognitivo, talleres sobre convivencia, comunicación, trabajo en grupo. Se utilizaron ayudas didácticas como VB, cartelera. No se incluye la participación del usuario en la seguridad durante el proceso de atención.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**

CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

EVALUACION DE LA ATENCION

CRITERIO	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBSERVACIONES
<p>Estándar 46. Código: (AsEV1) La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los casos de eventos adversos. • Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales. • La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. • La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional. 	<p>Fortalecer el programa de auditoría de historia clínica e incluir la evaluación de las guías de práctica clínica, Retroalimentar los resultados de la evaluación. Evaluar las causas de no adherencia.</p>	<p>No se cuenta con un mecanismo de evaluación interna de la historia clínica. No se cuenta con indicador de adherencia a tratamientos.</p>
<p>Estándar 47. Código: (AsEV2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento. • Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público. • Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados. • Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas. 	<p>Retro-alimentar al personal sobre el comportamiento y tendencia de los resultados.</p>	<p>Se cuenta con un proceso de atención al usuario que cada 3 meses aplica las encuestas de satisfacción, sin embargo los resultados no son retroalimentados al personal.</p>
<p>Estándar 48. Código: (AsEV3) La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar. • El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización. • La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente. 	<p>Implementar indicadores de oportunidad y efectividad.</p>	<p>No existe un programa de atención al consultador crónico, se deben desarrollar estrategias para identificar a estos usuarios.</p>



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)


CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

3. EJECUCION DEL PAMEC (DESPLIEGUE) AÑO 2014 Y 2015

	LAVADO DE MANOS 2014	TOTAL	ASISTENCIA
ASISTENTES	PLANTA	44	16
	PRESTACION DE SERVICIOS	36	15
			31
	OTROS		14
	NUMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON EVALUACION		35
	NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS		80
	NUMERO DE PERSONAS QUE ASISTIERON		31
	PERSONAL EVALUADO		26
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA		38,8%
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA DE PERSONAL DE PLANTA		
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA DE PERSONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS		
	PORCENTAJE DE PERSONAL EVALUADO		33%
	PERSONAL QUE GANO EL EXAMEN		
ASISTENTES	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 1 y 2 2014	TOTAL	ASISTENCIA
	PLANTA	44	35
	PRESTACION DE SERVICIOS Y OTROS	61	49
	TOTAL	105	84
	NUMERO DE PERSONAS QUE PRESENTARON EVALUACION		
	NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS	105	
	NUMERO DE PERSONAS QUE ASISTIERON	84	
	PERSONAL EVALUADO		
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA	80%	
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA DE PERSONAL DE PLANTA		
	PORCENTAJE DE ASISTENCIA DE PERSONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS		

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

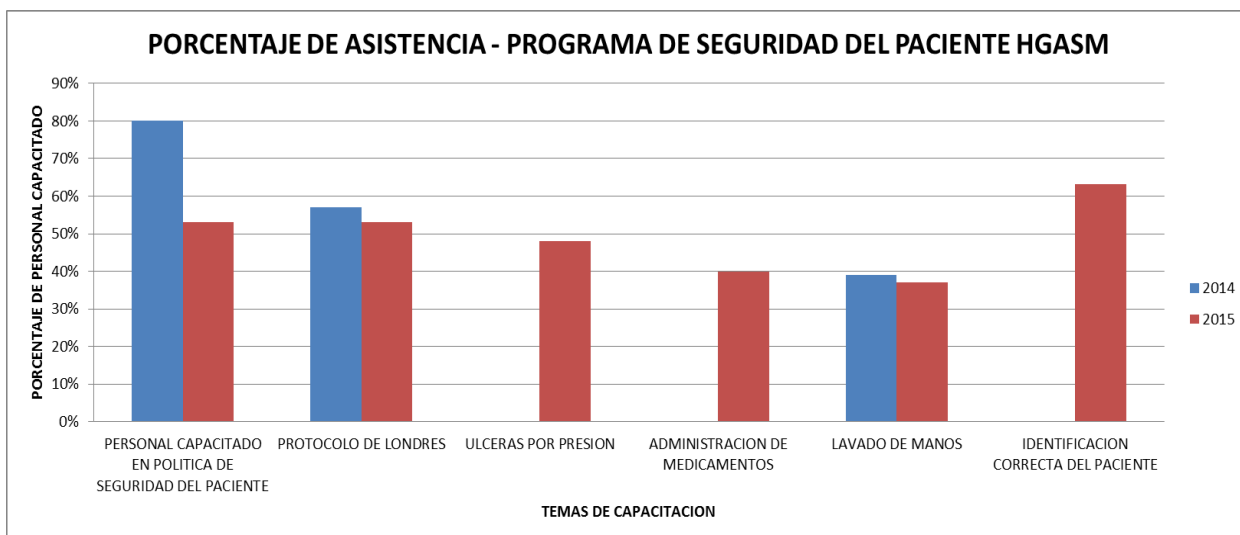
POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2 (PROTOCOLO DE LONDRES) 2014		
	TOTAL	ASISTENCIA
PLANTA	44	25
PRESTACION DE SERVICIOS	61	35
TOTAL ASISTENCIA		60
NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS	105	
PORCENTAJE DE ASISTENCIA	57,10%	

Tabla No. 1


AÑO 2015

ASISTENTES	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	ULCERAS POR PRESION	LAVADO DE MANOS 2015	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE
NUMERO TOTAL DE EMPLEADOS	79	52	52	79	79
NUMERO DE PERSONAS QUE ASISTIERON	42	21	25	29	50
PORCENTAJE DE ASISTENCIA	53,1 %	40%	48%	37%	63.2%

Tabla No. 2



Grafica No. 1

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

En la tabla No. 1 se relaciona el estado de la ejecución de las acciones de mejora de los estándares priorizados.

Como se observa en la tabla No. 3, ningún estándar ha alcanzado el estado “Completo” a enero de 2016 y de acuerdo a la intencionalidad del PAMEC de la ESE HGYASM de lograr el cumplimiento de la Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, es decisivo que se logre avanzar al respecto en el año 2016.

Los estándares de menor cumplimiento son los de acceso, evaluación de las necesidades al ingreso, planeación de la atención y evaluación de la atención.

GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES	DEBERES Y DERECHOS	SEG PTE	ACCESO	REGISTRO	EVALUACION DE NECESIDADES DE INGRESO	PLANEACION DE LA ATENCION	EJEC DEL TTO	EVAL DE LA ATENCION
CANTIDAD DE ESTANDARES	1	3	4	1	1	8	4	2
COMPLETO	0%	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EN DESARROLLO	100%	100%	0%	0%	0%	37,50%	50%	50%
ATRASADO	0%	0%	100%	100%	100%	50%	25%	50%
NO INICIADO	0%	0%	0%	0%	0%	12,50%	25%	0%

Tabla No. 3

Para evaluar las estrategias y metodologías utilizadas para el fortalecimiento de la comunicación organizacional se verifico la información consignada en la Página Web de la institución. En la tabla No. 4, se relaciona la información que se tuvo en cuenta y aunque no se evaluaron otras formas de comunicación, es pertinente mencionar que este medio es de gran utilidad para difundir las necesidades de Educación, Información y Comunicación desde la institución hacia la comunidad y al interior de la ESE.



E.S.E.
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**


CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016

NECESIDADES DE EDUCACION, INFORMACION Y COMUNICACIÓN (EIC)	Educación y despliegue al cliente externo-Documentos de interés	No existen publicaciones útiles de salud publica relacionadas con el adulto mayor.	No existe información útil sobre el adulto mayor para educar a la comunidad	
	Documentos en linea	Los documentos que estan publicados en linea no estan clasificados por categoría	No existen documentos publicados para rendición de cuentas o informes	
	Despliegue al cliente externo - Galeria	En este link no hay ninguna información publicada		
	Responsabilidad Social	No existe información al respecto	En la pestaña de Atención se habla del modelo de atención y de la Responsabilidad Social, incluir lo de hospital verde, programa de centro día	Se recomienda crear una pestaña exclusiva para este tema y adicionalmente se puede colocar la información sobre la actividad academica que se realizara en la antigua FES dentro del marco de la celebración del día del adulto mayor, asi como las demas actividades que se realizaran
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Despliegue del direccionamiento estrategico	Solo estan publicadas la Misión y la Visión, No se ha publicado información sobre el Programa de seguridad del paciente	No estan publicadas: Misión, visión, Política de Calidad, principios y valores, Política de seguridad, código de ética y de Buen Gobierno, Manual de Funciones, estatutos, historia, estructura organica	Se recomienda colocar esta información en la pestaña de institución
	Despliegue del direccionamiento estrategico	No se encuentra publicado el Plan de Desarrollo, Plan Estrategico	No se encuentra publicado el Plan de Desarrollo, Plan estrategico, Informes financieros.	
INDICADORES	Resultados	No se cuenta con publicación de indicadores de ninguna categoría	Los indicadores de tiempo de espera que se encuentran publicados en la pestaña de atención no corresponden a la realidad de la institución ya que hasta el momento no se ha realizado esa medición en la ESE.	Se recomienda publicar la información de indicadores de calidad y de la 2193 y en una pestaña diferente a la de atención.
SEGURIDAD EN LA INFORMACION	Gerencia de información	no hay información sobre gestión documental	No se brinda información sobre la gestión documental (tablas de retención documental, normatividad)	
PAMEC	Mejoramiento continuo	No hay información relevante sobre procesos de calidad	No hay información relevante sobre procesos de calidad	

Tabla No. 4

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	CODIGO: MEC-M-003-01
		VERSION: 03
		FECHA: JULIO DE 2016

INDICADORES DE CALIDAD

Se establecen los siguientes indicadores de seguimiento al PAMEC 2013: esta definición tiene en cuenta los indicadores de resolución 1446 de 2006.



E.S.E
HOSPITAL
GERIÁTRICO Y ANCIANATO
SAN MIGUEL

**PLAN DE AUDITORIA PARA
EL MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD
EN SALUD (PAMEC)**


CODIGO: MEC-M-003-01

VERSION: 03

FECHA: JULIO DE 2016


DOMINIO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CALCULO	ene-15	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total	Meta o Umbral	
ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	Oportunidad de atención en consulta de Medicina General	Dias	Numerador: Sumatoria de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual es asignada la cita.	110	144	184	126	220	179	178	215	166	155	119	77	1873	3	
			Denominador: Número total de consultas de medicina general asignadas en la institución	110	144	184	126	220	179	178	215	166	155	119	77	1873		
CALIDAD TÉCNICA	Reingreso de Pacientes al Servicio de Hospitalización	Porcentaje	Numerador: Número de Pacientes que Reingresan al servicio de Hospitalización antes de 20 días por la misma causa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5%	
			Denominador: Número total de egresos vivos en el periodo	5	6	0	2	6	7	0	0	0	0	5	1	32		
CALIDAD TÉCNICA	Pacientes de Hipertensión Arterial nivel Esperado	Porcentaje	Numerador: Número total de pacientes que seis meses después de ser Diagnosticados con Hipertensión Arterial presentan Niveles esperados.	0	SD	0	46	34	54	135	121	121	121	61	51	744	100%	
			Denominador: Número de Total de pacientes Hipertensos diagnosticados en el periodo	48	SD	60	46	34	54	135	121	121	121	61	61	862		
GERENCIA DEL RIESGO	Mortalidad Intrahospitalaria	Tasa	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso.	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5		
			Denominador: Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.	8	6	7	5	7	9	8	7	1	0	5	1	64		
	Infección Intrahospitalaria	Tasa	Numerador: Número total de pacientes con Infección Nosocomial.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Denominador: Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.	8	6	7	5	7	9	8	7	1	0	5	1	64		
Vigilancia de Eventos Adversos	Porcentaje	Numerador: Número total de Eventos Adversos Detectados y Gestionados.	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8		
		Denominador: Número de Total de Eventos Adversos Detectados en el periodo.	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8		
Satisfacción Global	Porcentaje	Numerador: Número total de Pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS.	SD	SD	SD	0	0	38			63			48		149	100%	
		Denominador: Número de Total de pacientes encuestados por la IPS en el periodo.	SD	SD	SD	0	0	49			71			54		174		

Tabla No. 5

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	<p>CODIGO: MEC-M-003-01</p>
		<p>VERSION: 03</p>
		<p>FECHA: JULIO DE 2016</p>

Para el nuevo ciclo de autoevaluación se tendrán en cuenta los indicadores de la resolución 256 de 2016 que se relacionan a continuación:

INDICADORES CIRCULAR 256
Número total de caídas en el servicio de hospitalización
Número total de caídas en el servicio de consulta externa
Número total de caídas en los servicios de apoyo diagnóstico
Número total de caídas que se clasificaron como evento adverso
Número total de caídas que se clasificaron como incidente
Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL
Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL
Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)
Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)
Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl
Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

 <p>E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL</p>	<p>PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC)</p>	CODIGO: MEC-M-003-01
		VERSION: 03
		FECHA: JULIO DE 2016

Tasa de úlceras por presión.
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General
Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años
Proporción de pacientes hipertensos controlados
Proporción de pacientes diabéticos controlados

Tabla No. 6

Conclusiones

- Se debe completar el ciclo de mejoramiento del Pamec ya que como se observa en los seguimientos realizados hasta enero de 2016, la totalidad de estándares que se priorizaron se encuentran en la fase de elaboración y fortalecimiento de los “enfoces” y en algunos como en el de Seguridad del Paciente y Programa Biopsicosocial se ha llegado al “despliegue”, sin embargo, se debe fortalecer la obtención de resultados y desarrollar estrategias en diferentes niveles para alcanzar los logros esperados.
- Fortalecer las necesidades de educación, información y comunicación (EIC) en la institución, a través de la creación de estrategias articuladas con los procesos institucionales para así lograr los propósitos definidos en los estándares priorizados.