

31-12-2016



**HOSPITAL
ROSARIO
PUMAREJO
DE LÓPEZ**

INFORME DEL PAMEC 2016

AVANCE DEL PAMEC | calidad

INFORME DE AVANCE DEL PAMEC A DICIEMBRE 2016

INTRODUCCION

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, como Empresa Social del Estado de mediana complejidad con algunas actividades de alta complejidad, en cumplimiento de la normativa legal vigente y conforme a lo normado en el Decreto 1011 del 2006 inicia a partir del años 2006 y 2007 dio inicio a la construcción del PAMEC partiendo de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha.

Actualmente el PAMEC se encuentra en desarrollo la versión N° 6, aprobada por el comité MECÍ – CALIDAD el 30 de Junio del 2016, se implementó el 13 de Julio del presente año. Este se encuentra fundamentado en los estándares de acreditación: Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia del talento humano, Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gerencia de la información, Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC se basó teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.

Para terminar este informe está enfocado en la verificación de las acciones de mejora priorizadas con el fin de verificar su cumplimiento como herramienta de mejoramiento continuo en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López.

INFORME PAMEC

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. TABLA DE CALIFICACION GENERAL DE LA AUTOEVALUACION CON ESTÁNDARES DE ACREDITACION

NIVEL DE COMPLEJIDAD : MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		MUNICIPIO VALLEDUPAR	
REPRESENTANTE LEGAL: ARMANDO ALMEIRA		AÑO: 2016	
AUTOEVALUACIÓN			
ESTANDARES AMBULATORIO Y HOSPITALARIO:	N° ESTÁNDARES * GRUPO	ESTANDARES EVALUADOS	CALICACION 2015
Asistenciales	74	54	1.69
Direccionamiento	13	13	1.53
Gerenciales	15	15	1.47
Gerencia del Talento Humano	16	16	1.59
Gerencia del Ambiente Físico	11	11	1.25
Gerencia de la Información	14	13	1.91
Gestión de la tecnología	10	8	1.26
Mejoramiento de la Calidad	5	5	1.56
Totales	158	135	12.26
Método de calificación**	19.75	16.8	1.533

Fuente: PAMEC 2016

INFORME PAMEC

OBSERVACION: En las fases de ejecución y evaluación de la ruta crítica se evidencia que hubo retraso en estas, por lo tanto se prorrogan un mes mas iniciando la implementación en el mes de Agosto.

Para ello se realizaron 4 auditoria que se condesaron en el siguiente informe a partir del mes de Septiembre

2.2. ESTADO DEL AVANCE.

- ✓ Oportunidades de mejora programada: 35
- ✓ Acciones de mejora programada: 50

ESTADO DEL AVANCE	OPORTUNIDAD DE MEJORA		ACCIONES DE MEJORA	
	Cumplimiento	% cumplimiento	Cumplimiento	% cumplimiento
COMPLETO	18	51.4%	25	50%
EN DESARROLLO	10	28.6%	10	20%
NO INICIADO	7	20%	15	30%

NOTA: Es importante resaltar que las actividades se ejecutaron de Agosto a Diciembre, es decir en 4 meses.

Vale la pena resaltar el compromiso del personal en el logro de las actividades, ya que se considera que a pesar del corto tiempo se logro cumplir en gran parte con las oportunidades planificadas. De las 35 oportunidades de mejora programadas se ejecutaron en su totalidad 18 que equivale a un 51.4%; en la actualidad se encuentran en desarrollo 10 oportunidades de mejoras que corresponde a un 28.6% y aun no se ha iniciado 7 oportunidades de mejora que representa un 20%.

En relación a las Acciones de mejora implementadas se proyectaron 50 de las cuales se ejecutaron en su totalidad 25 que equivale a un 50%, se encuentran en desarrollo 10 acciones de mejora que corresponde a un 20% y no se han iniciado 15 que representa un 30%.

2.3. INFORME DETALLADO DE ACTIVIDADES

Estándar 2: La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza.

1. Acción de Mejora: Fortalecer y activar el comité de investigación

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Revisión y actualización de la resolución del funcionamiento del comité de investigación.
- ✓ Plan de reuniones mensuales del comité
- ✓ Reuniones del comité de investigación
- ✓ Fortalecimiento de la investigación con el convenio con: Universidad de Santander, Universidad Popular del Cesar, Universidad del área Andina.
- ✓ Política y reglamento institucional de investigación
- ✓ Aprobación de investigaciones donde se tiene en cuenta: idoneidad, coherencia, factibilidad, diseño metodológico, líneas de investigación, instrumentos, consentimiento, entre otros.
- ✓ Orientación a la investigación.
- ✓ Evaluación aspectos éticos y legales de las investigaciones.

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

- 2. Acción de Mejora:** Documentar el manual de investigación, definiendo las líneas de investigación institucional; Incluir en este análisis de eventos de adversos originados de la investigación, competencias técnicas del recurso humano que hace parte del equipo, principios éticos y parámetros nacionales para la participación de usuarios o personal en investigación clínica.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Avance del Manual de investigación (borrador)

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

Estándar 5: La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante.

- 3. Acción de Mejora:** Realizar una estructura funcional para la seguridad del paciente que abarque desde los riesgos de ingreso a la institución hasta el egreso y de igual forma todas las estrategias que incentiven el reporte de eventos, incidentes de no calidad y/o acciones inseguras con sus respectivas barreras dando aplicabilidad a la documentación Implementación y verificación de las guías de buenas practicas en seguridad paciente.

INFORME PAMEC

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Política de seguridad del paciente, la cual esta socializada y evaluada su adherencia.
- ✓ Encuesta y Medición de la cultura de Seguridad del Paciente
- ✓ Matriz de riesgo implementada y socializada en la cual se identifican sus posibles causas, consecuencias y controles, con la finalidad de disminuir los eventos adversos.
- ✓ Reporte, análisis y acciones de mejora que han permitido la disminución de los eventos adversos
- ✓ Existe un planes de capacitación por servicios

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 6: 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.

- 4. Acciones de Mejora:** Realizar un plan de reforzamiento de cultura de seguridad, donde se implementen acciones, de clima de seguridad.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Planes de capacitación en los diferentes servicios
- ✓ Capacitaciones sobre seguridad del paciente que incluye diferentes temas tales como identificación del paciente, prevención de caídas, úlceras por presión, disminución de riesgos en infecciones asociadas a la salud, entre otros; para su mayor adherencia se utilizan herramientas (charlas, capsulas de seguridad, mensajes correo institucional, dramatizados y otras actividades lúdicas)
- ✓ Medición de la adherencia de capacitaciones
- ✓ Evaluación y análisis de los resultados de las mediciones de la adherencia a conocimientos

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

- 5. Acciones de Mejora:** Estandarizar un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos en los procesos de tal forma que incentive la cultura de seguridad.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Procedimiento para la identificación de los eventos adversos y riesgos
- ✓ Capacitación al talento humano sobre eventos adversos
- ✓ Metodología de evaluación de eventos adversos “protocolo de Londres”
- ✓ Retroalimentación con el talento humano cuando ocurre un evento adverso

INFORME PAMEC

- ✓ Estrategias que sensibilizan al Talento Humano para el reporte de los eventos adversos (premios)
- ✓ Capacitación al Familiar para prevenir eventos adversos (caídas, etc)

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

6. Acciones de Mejora: Realizar la medición y evaluación de la cultura de seguridad.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Encuesta que mide la cultura de seguridad del paciente
- ✓ Medición, evaluación y análisis de la cultura de seguridad del paciente
- ✓ Estrategias de mejora según los resultados de la cultura de seguridad del paciente

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 7. 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.

7. Acción de mejora: Realizar la medición la aplicación de las guías de buenas prácticas en Seguridad del Paciente en el cliente interno.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Proceso, procedimientos, guías y protocolos sobre seguridad del paciente
- ✓ Socialización de las guías de buenas practicas de seguridad del paciente
- ✓ Verificación de la adherencia a las guías y protocolo por medio de: encuestas, preguntas directas, verificación de actividades; que permiten determinar el conocimiento del talento humano a nivel institucional

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 8: 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.

8. Acción de mejora: Evaluar el plan de mejoramiento propuesto para el mejoramiento de la demanda insatisfecha Identificada en la consulta externa.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Formato de demanda insatisfecha
- ✓ Formato de falla en la asignación de cita

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

INFORME PAMEC

Estándar 10. 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

9. Acción de mejora: Socializar al personal asistencial, y Administrativo el manual los procesos y procedimientos. Se recomienda replantear la acción de mejora que permita identificar, controlar y evaluar los diferentes puntos críticos asistenciales y administrativos desde que ingresa el paciente hasta que egresa que permita trazabilidad

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Existe un manual de procesos, sub-procesos y procedimientos
- ✓ El manual de procesos, sub-procesos y procedimientos se socializo a los diferentes líderes de procesos y coordinadores de áreas funcionales, con el fin de que se socialice a sus equipos de trabajo.
- ✓ Se evidencia en las área evaluaciones de conocimiento sobre sus actividades

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 12. La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

10. Acción de mejora: Realizar el cumplimiento de los tiempos de programación de la consulta externa por los especialistas.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Evaluación del tiempo de programación de la consulta general.
- ✓ Análisis e informe de la programación de la consulta general.

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

INFORME PAMEC

11. Acción de mejora: Resocializar la adecuada clasificación de TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Ajuste del procedimiento de Triage teniendo en cuenta la resolución 5596 de 2015.
- ✓ Socialización y aplicación del procedimiento de Triage atención de TRIAGE
- ✓ Publicación de clasificación de las emergencia (TRIAJE)

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 13. 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.

12. Acción de mejora: Documentar socializar e implementar los procesos para los caso de no atención a los usuarios, de la consulta externa por cualquier motivo, incluido el sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Actualización de la documentación
- ✓ Medición de la oportunidad de atención al usuario en la asignación de cita en consulta externa y programación de cirugía
- ✓ Medición de Satisfacción al usuario Externo
- ✓ Estudio e informe del tiempo en la asignación de cita.

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

Estándar 14. 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.

13. Acción de mejora: Documentar socializar e implementar los procesos para los caso de no atención a los usuarios, de la consulta externa por cualquier motivo. (Incluido el sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención)

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Actualización del portafolio de servicios el cual cumple con los lineamiento sugeridos: Objetivos de nuestra empresa a corto, medio y largo plazo, Visión de nuestra empresa, Productos y servicios que disponemos, entre otros.
- ✓ Envío por el correo institucional a los diferentes servicios

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

INFORME PAMEC

Estándar 15. Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

14. Acción de mejora: Fortalecer sistema de asignación de citas call centers, y presenciales en el área de consulta externa para optimizar la oportunidad.

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

15. Acción de mejora: Realizar medición de la percepción del usuario en la asignación de citas.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Medición a la encuesta por la percepción del usuario, sin embargo se realizara ajuste para el año 2017.

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

16. Acción de mejora: Implementar una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia a citas.

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 16. Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.

17. Acción de mejora: Implementar y evaluar efectividad en toda la organización la pulsera de identificación (replantear la acción de mejora).

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Capacitación en el PIC sobre el procedimiento de control y verificación de la identificación de los pacientes durante el proceso de atención
- ✓ Medición de la hoja de traslado, se identifico que uno de los grandes riesgos es la falta de la pulsera de identificación a todos los pacientes en la ESE
- ✓ Solicitud de la pulsera para la identificación del paciente
- ✓ Elaboración, actualización y ajustes a las guías, manuales, protocolos y se socializaron en la diferentes áreas

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

Estándar 17. Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia

18. Acción de mejora: Realizar la medición del entendimiento de la educación brindada al paciente y a la familia sobre el autocuidado y buenas prácticas en la seguridad.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Capacitación al Usuario externo y familia, en pediatría cuando el paciente es menor de diez años, esta la reciben los padres o persona responsable del paciente
- ✓ Lista de chequeo que permite evaluar el entendimiento de la educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización
- ✓ La medición y el análisis sobre el entendimiento de la educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización
- ✓ Retroalimentación según los hallazgos encontrados en el análisis de la información educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 19. La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.

19. Acción de mejora: Realizar evaluación de la educación que se le brinda al paciente y su familia para satisfacer sus necesidades y expectativas a cerca de su enfermedad

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Lista de chequeo que permite evaluar el entendimiento de la educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización
- ✓ La medición y el análisis sobre el entendimiento de la educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización
- ✓ Retroalimentación según los hallazgos encontrados en el análisis de la información educación brindada al paciente y familia sobre la seguridad del paciente en hospitalización
- ✓ Implementación de material didáctico para mejor entendimiento
- ✓ Actividades lúdicas

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

INFORME PAMEC

Estándar 22. 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

20. Acción de mejora: Evaluar el conocimiento de la matriz de riesgos de los procesos asistenciales e implementar acciones correctivas.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Existe plan de capacitación de riesgos
- ✓ Capacitación de matriz de riesgos a todos los líderes de procesos y coordinadores de áreas funcionales (MECI)
- ✓ Existe retroalimentación de riesgos en los diferentes servicios

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 27. El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.

21. Acción de mejora: Implementar, socializar y evaluar el modulo de historia clínica de Dinámica gerencial en el laboratorio clínico, en interface con el software WINSINLAB que permita correlacionar los resultados de exámenes con los procedimientos y las decisiones clínicas en las áreas asistenciales interna, externa al laboratorio clínico y activar mecanismos de alarma para resultados críticos, y Realizar medición mediante indicadores

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Carta a la empresa Tecno-medica solicitando la interface
- ✓ Propuesta por la casa comercial Tecno-medica dando respuesta a la solicitud
- ✓ Acuerdo en la alta gerencia con la casa comercial

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

Estándar 30. 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.

22. Acción de mejora: Promover la implementación de un plan de Información al usuario por medico y especialista tratante.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Existe un programa de educación al paciente y familia en donde se identificación las 10 primeras causas enfermedad en los Servicios

INFORME PAMEC

- ✓ Se tienen identificadas las 10 primeras causas de morbilidad
- ✓ Cronograma de capacitación para el paciente y su familia
- ✓ Capacitaciones por medio de charlas, folletos, actividades lúdicas
- ✓ Formato de entrega y evaluación del autocuidado del paciente

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

Estándar 31. La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.

23. Acción de mejora: Actualizar, Implementar y Evaluar el formato de Consentimiento y Disentimiento Informado Quirúrgico y de Anestesia, para incluir los beneficios y alternativas de tratamiento acorde al procedimiento.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Revisión del consentimiento informado
- ✓ Consentimiento o disentimiento informado para procedimientos de anestesia
- ✓ Consentimiento o disentimiento informado de procedimientos quirúrgicos
- ✓ Se ha realizado evaluación al entendimiento del conocimiento informado y se envió al coordinador medico

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 32. 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:

24. Acción de mejora: Implementar mecanismos para establecer estrategia de dignificar la atención en todos los servicios

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Diseño, ejecución y despliegue de un Proyecto institucional de Humanización
- ✓ Despliegue institucional de la política de humanización institucional por medio de capacitaciones, charlas
- ✓ Capacitaciones de sobre humanización en salud
- ✓ Estrategias de apoyo espiritual con el Sacerdote (atención con amor al paciente, trato digno al paciente)
- ✓ Actividades lúdicas en pediatría (Novenas Navideñas)
- ✓ Provisión en pediatría de leche como apoyo en la alimentación (FT) (TLC)

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

INFORME PAMEC

Estándar 33. La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente

25. Acción de mejora: Diseñar, Implementar y Evaluar los planes de tratamientos según el perfil epidemiológico de cada servicio el cual debe incluir criterios como: Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere, Participación del servicio farmacéutico, Reconciliación de medicamentos al ingreso, Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente, Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar.

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 37. La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.

26. Acción de mejora: Diseñar e implementar un proceso que nos permita verificar la correlación entre el resultado del laboratorio y la clínica del paciente

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 39. La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos

27. Acción de mejora: Fortalecer el seguimiento de los indicadores para el control de las infecciones nosocomiales, tales como: asociadas a catéter vesical, neumonía nosocomial, endometritis pos parto.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Identificación, medición, consolidación y análisis de las infecciones nosocomiales que se presentan en la institución
- ✓ Acciones de control tales como: Capacitación sobre técnicas de aislamiento
- ✓ Campañas de lavado de manos.
- ✓ Guías y protocolos de acciones de control.

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

INFORME PAMEC

28. Acción de mejora: Elaborar, implementar y Evaluar el protocolo de Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección,

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Existe un protocolo de Admisión y transporte intra e interinstitucional, falta su aprobación por el comité de MECÍ y Calidad
- ✓ Existe un formato de traslado del paciente
- ✓ Se hace medición y seguimiento al formato de traslado del paciente en donde se concluyo que solo el 4% necesita técnica de aislamiento y prevención de infección

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

29. Acción de mejora: Elaborar e implementar cronograma de inducción, reinducción, entrenamiento, en la prevención y control de infecciones.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Plan sobre la prevención de infecciones
- ✓ Capacitaciones al personal asistencial (uso Racional de antibióticos, Profilaxis de antibiótico, técnica aséptica para la preparación y nutrición parenteral, infecciones nosocomiales, entre otras).

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 46. 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.

30. Acción de mejora: Establecer procedimientos que permitan evaluar los planes individuales de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales calificando la efectividad, la seguridad, la oportunidad, la validez de la atención para ajustar y mejorar los procesos

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 47. 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.

INFORME PAMEC

31. Acción de mejora: Diseñar un procedimiento que permita realizar la evaluación y tendencias de las acciones de mejora establecidas para las PQRS.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Ajustes al procedimiento del Establecimiento y Mantenimiento del Sistema PQRS
- ✓ Ajustes al procedimiento de aplicación de encuestas de satisfacción de usuario
- ✓ Ajustes al procedimiento de construcción y desarrollo de programas educativos a los usuarios
- ✓ Se ajusto el formato de las PQRS, en donde se incluyó la dirección al usuario
- ✓ Se analizo el tiempo de respuestas de las PQRS dentro de los términos legales, en donde se estableció que el buzón se abriría semanalmente (Todos los jueves)
- ✓ Se tabula, se analiza los resultados de las PQRS
- ✓ Se aplica la metodología PHVA para su análisis
- ✓ Se tiene indicador de PQRS definida

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

Estándar 52. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:

1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.
2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.
3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario.
4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.
5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas

32. Acción de mejora: Coordinar con las entidades receptoras de la remisión del paciente el envío de un resumen de la atención prestada el cual quedara incorporada en la historia clínica institucional.

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora se evidencia:

- ✓ Incorporación de la Epicrisis del Paciente en el Sistema institucional Dinámica Gerencial
- ✓ Correo institucional para el envío de las Epicrisis a las diferentes instituciones
- ✓ Envío de las remisiones por correo a la diferentes instituciones con sus anexos

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE COMPLETO

33. Acción de mejora: Realizar plan de auditoria al proceso de remisión que incluya la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos.

INFORME PAMEC

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 55. *En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.*

34. Acción de mejora: Documentar y Socializar una guía de información al usuario a nivel ambulatorio de los trámites a seguir en caso de requerir remisión a otro prestador u otro procedimiento radiológico de mayor complejidad.

EVALUACIÓN RESULTADOS: NO INICIADO

Estándar 74. *La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:*

- ✓ El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- ✓ La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.
- ✓ La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- ✓ El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.
- ✓ La comunicación de los resultados.

35. Acción de mejora Planear estrategias avaladas por la gerencia que promuevan la cultura del Autocontrol y el mejoramiento continuo en cada proceso de atención

- ✓ Equipo de trabajo para la sensibilización de la cultura de Autocontrol
- ✓ Charlas de autocontrol institucional

EVALUACIÓN RESULTADOS: AVANCE EN DESARROLLO

2.4. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

En la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López, el Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permita transformar la información obtenida de las actividades programadas en conocimiento, con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional.

INFORME PAMEC

Según el Plan de ejecución de la ruta crítica, el plan de mejoramiento y las auditorias se debió implementar a partir de la última semana del mes de Junio, lo cual fue postergada por la misma dinámica del trabajo y se dio inicio a esta fase a principios del mes de Agosto del 2016, por ello se hizo necesario ampliar la fecha de la finalización de las actividades al mes de Diciembre. Además se analizó que lo ideal sería, No iniciar de manera paralela la implementación con la verificación de las acciones de mejora en las diferentes áreas funcionales.

En cuando a la pertinencia de las oportunidades y acciones de mejora en relación con el estándar y de los indicadores en correlación con las oportunidades de mejoras, es necesario replantear algunas de estas, por lo anterior se recomienda que se realice un ajuste al PAMEC.

Todas las acciones de las oportunidades de mejora se programaron cerrarlas en corto tiempo, es decir en 4 meses, por lo anterior el avance de estas no se cumplieron en su totalidad como se evidencia en el informe, algunas de estas continúan en desarrollo y otras no han iniciado aun, si se tiene en cuenta los resultados obtenidos se recomienda que las actividades de mejora se establezcan a corto, mediano y largo plazo de manera planificada y con los responsables de cada una de ellas.

Es importante hacer el seguimiento continuo a los resultados obtenidos, por ello los indicadores son un mecanismo de medición y evaluación cuando se enfrentan a la meta establecida; sin embargo al momento del seguimiento no se evidencia su aplicación y no se encontraban las metas establecidas.

Algunas acciones implementadas no iniciaron debido a la falta de interpretación de unas oportunidades de mejora y a la falta armonización e integración de algunos grupos de trabajo de permitieran dinamizar el logro final del objetivos trazados. En su mayoría el éxito de las oportunidades y acciones de mejora, fue debido a los equipos de trabajo conformados en donde se evidencio el liderazgo y el compromiso del talento humano en el hacer.

Para terminar es importante recalcar que el éxito de las organizaciones en gran parte se debe al rasgo diferenciador y a la calidad de sus productos y/o servicios que permiten lograr la satisfacción de sus clientes, como herramienta importante para este logro es el PAMEC que permite el mejoramiento continuo institucional. Para la eficacia, eficiencia y efectividad en la implementación de este se sugiere seleccionar y capacitar al talento humano comprometido e involucrado en toda la ruta crítica.

Atentamente

MARIA JOSE MORA MORON
Líder de Calid

ANEXOS

Cuadro. Avances por estándar

ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD	COMPLETO	DESARRROLLO	NO INICIADO	ACCIONES	COMPLETO	DESARRROLLO	NO INICIADO
2	2	1	1	0	5	3	1	1
5	1	1	0	0	2	2	0	0
6	3	3	0	0	3	3	0	0
7	1	1	0	0	1	1	0	0
8	1	0	1	0	1	0	1	0
10	1	1	0	0	1	1	0	0
12	2	1	1	0	3	2	0	1
13	1	0	1	0	1	0	1	0
14	1	0	1	0	1	0	1	0
15	3	0	1	2	3	0	1	2
16	1	0	1	0	1	0	1	0
17	1	1	0	0	3	3	0	0
19	1	1	0	0	2	2	0	0
22	1	1	0	0	1	1	0	0
27	1	0	1	0	3	0	1	2
30	1	0	1	0	1	0	1	0
31	1	1	0	0	2	2	0	0
32	1	1	0	0	1	1	0	0
33	1	0	0	1	2	0	0	2
37	1	0	0	1	1	0	0	1
39	3	2	1	0	3	2	1	0
46	1	0	0	1	1	0	0	1
47	1	1	0	0	1	1	0	0
52	2	1	0	1	2	1	0	1
55	1	0	0	1	1	0	0	1
74	1	1	0	0	2	0	1	1
TOTAL	35	18	10	7	50	28	9	13

Fuentes: Auditorías a los servicios, evidencias por servicios

INFORME PAMEC

- ✓ Revisión y actualización de la resolución del funcionamiento del comité de investigación.
- ✓ Plan de reuniones mensuales del comité
- ✓ Reuniones del comité de investigación
- ✓ Fortalecimiento de la investigación con el convenio con: Universidad de Santander, Universidad Popular del Cesar, Universidad del área Andina.
- ✓ Política y reglamento institucional de investigación
- ✓ Aprobación de investigaciones donde se tiene en cuenta: idoneidad, coherencia, factibilidad, diseño metodológico, líneas de investigación, instrumentos, consentimiento, entre otros.
- ✓ Orientación a la investigación.
- ✓ Evaluación aspectos éticos y legales de las investigaciones.

Para el año 2017 se continuara con este mismo plan de mejoramiento continuo ya que existieron oportunidades No Culminadas y otras que no han iniciado.

ESTADO DEL AVANCE	OPORTUNIDAD DE MEJORA		ACCIONES DE MEJORA	
	<i>Cumplimiento</i>	<i>% cumplimiento</i>	<i>Cumplimiento</i>	<i>% cumplimiento</i>
EN DESARROLLO	10	28.6%	10	20%
NO INICIADO	7	20%	15	30%

MARIA JOSE MORA MORON
 Calidad