

EVALUACIÓN PAMEC 2018 HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA CHOCÓ

**CAROLINA RODRÍGUEZ OSPINA
CAROLINA VARGAS VARGAS
JHON BISMARCK YURGAKY MOSQUERA**

Asesoras:

**CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN
ZULMA LORENA RODRÍGUEZ SABOGAL**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, ABRIL DE 2018**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA, ABRIL DE 2018**

Nota de aceptación

PRESIDENTE:

JURADO 1:

JURADO 2:

JURADO 3:

PEREIRA 2018

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por el constante e incondicional apoyo, a nuestros compañeros por seguir juntos este camino, y a nuestros profesores por hacer de esto una real pasión.

Contenido

1. EL PROBLEMA	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	8
3.1 OBJETIVO GENERAL	8
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 MARCO ANTECEDENTES	9
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	11
4.3 MARCO GEOGRÁFICO.	15
4.4 MARCO CONCEPTUAL	17
4.5 MARCO LEGAL	21
5. METODOLOGÍA	23
5.1 TIPO DE ESTUDIO	23
5.2 METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC.	23
5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
5.4 COMPONENTE BIOÉTICO	25
5.5 COMPONENTE MEDIO AMBIENTAL	25
5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL	26
6. RESULTADOS	27
6.1. EVALUACION RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	27
6.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC	28
6.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
7. CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	39

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La actual situación de las instituciones prestadoras de salud (IPS) a nivel nacional es un tema de grandes proporciones, de un lado el sector público se ha visto inmerso en un sin número de dificultades económicas las cuales dificultan su adecuada operación, esto asociado a que en su gran mayoría se han venido viendo afectadas por enormes problemas de corrupción, corrupción en la cual se ve participación a nivel de todos los niveles administrativos, pero también desde los niveles de la vigilancia y control al cual se ven sometidas dichas instituciones. La realidad de las IPS privadas no es muy diferente, dado que grandes instituciones del nivel privado se han visto en la penosa necesidad de cerrar servicios esto debido a las grandes deudas que las diferentes Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) acumulan día a día.

Como cualquier empresa, las IPS deben ser auto sostenibles, esto implica que de la venta de los diferentes servicios que ofrecen se debe generar los recursos necesarios y suficientes que garanticen su adecuada funcionalidad, es por esto que al hablar de grandes deudas acumuladas sería fácil deducir que tarde o temprano se vería afectada la prestación de los servicios.

Partiendo de lo anteriormente mencionado, los gerentes que lideran las diferentes empresas instituciones prestadoras de servicios de salud, se ven enfrentados a enormes retos a la hora de emprender las gestiones necesarias que permitan la continuidad en la prestación de los servicios, servicios los cuales ante la falta de recursos económicos no se prestan con la adecuada oportunidad, eficacia y eficiencia como lo exige la normatividad, está entre otras muchas razones obliga a que al usuario final lleguen servicios de baja o en su defecto muy mala calidad impactando de manera negativa las percepción real de la atención en salud.

Ahora bien de acuerdo con el decreto 1011 de 2006, en el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud, se establecen claramente las normas y la reglamentación que en materia de calidad deben cumplir todos los actores en salud, normas que en la práctica gran parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud no cumplen cabalmente pero ante la necesidad en la prestación de los servicios es un mínimo necesario que debe permanecer para no desamparar a la gran mayoría de la población.

El Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) es una herramienta de gran utilidad e indispensables con la que las instituciones prestadoras de servicios de salud cuentan para hacer un seguimiento adecuado a cada uno de sus procesos operativos, de tal manera que permite la evaluación continua de los mismos para detectar fallas e implementar acciones de mejora que permitan cada día hacer más eficientes los servicios prestados en las instituciones.

La ESE Hospital Eduardo Santos de la ciudad de Isthmina no es ajena a la situación que viven las demás instituciones a nivel nacional, es una institución de primer nivel la cual se ha visto enfrentada a grandes retos a nivel administrativo y operativo, intervenciones, entrega en operación a empresas

privadas entre otras, pero aun así los desafíos que enfrentan son enormes. En la actualidad la empresa presenta una situación financiera de déficit muy compleja lo cual limita las inversiones que en infraestructura y dotación ameriten de manera regular instituciones de este tipo, esto sumado a que desde el punto de vista operativo el personal asistencial se ve muy limitado y desmotivado por la falta de salarios que a la fecha presenta un atraso de 6 nóminas, esto sin contar que por las razones anteriores se dificulta desde el nivel gerencial lograr la consecución de contratos justos que permitan un mayor flujo de recursos en la institución.

Las innumerables fallas que existen a nivel administrativo y que se terminan reflejando en la prestación de servicios deficientes y de manera poco ordenada, es lo que estimula la necesidad de abordar un tema que desde el punto de vista institucional para la ESE Hospital Eduardo Santos es una prioridad, emprender la implementación y evaluación continua del PAMEC como una herramienta de mejora que permitirá fortalecer los procesos administrativos y asistenciales que con llevaran a mejorar día a día la prestación de los servicios de salud a toda su población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de cumplimiento de la normatividad vigente del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud (PAMEC) del hospital EDUARDO SANTOS de ISTMINA CHOCÓ, basados en la metodología de la ruta crítica propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, durante el primer trimestre de 2018?

2. JUSTIFICACIÓN

Desde el nacimiento del actual sistema de seguridad social en salud implementado mediante la ley 100 de 1993, se ha planteado la necesidad de trabajar en la calidad de la prestación de los servicios de salud. La última reglamentación en este sentido se encuentra definida en el decreto 1011 de 2006, el cual se refuerza en la ley 1438 de 2011 y el decreto único reglamentario en el sector salud 780 de 2016, cuyo objeto es mejorar la prestación de los servicios de salud en Colombia, le da mayor importancia al mejoramiento continuo de la atención en salud y para esto se tiene como base el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

De acuerdo con lo anterior todos los actores del sistema deben contar con un programa de auditoría de los servicios de salud y un enfoque de atención centrado en el cliente, documentados en el Decreto 1011 del 2006 y su reglamentación, lo que implica el desarrollo de sistemas de evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos prioritarios entre la calidad observada y la calidad esperada con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, y la herramienta para operativizarlo es el PAMEC. Este programa implica la obtención de resultados centrados en el cliente identificando y analizando los problemas de calidad y definiendo áreas críticas para realizar acciones de mejora.

La ESE Hospital Eduardo Santos como institución prestadora de servicios de salud pública, encargada de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, al igual que el acertado diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías prevalentes en la región, es un pilar fundamental el mejoramiento continuo de los servicios. La cada vez más creciente demanda de servicios por parte de la población de los diferentes regímenes obliga a que por competitividad los servicios ofrecidos estén a la vanguardia y de la mano con los más altos estándares de calidad. Lo anterior genera para el hospital la necesidad de crear e implementar su propio PAMEC acorde a la ley, y con base en sus resultados y su ejecución lograr el cumplimiento de los estándares de calidad.

El plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad tiene como objetivo mejorar las condiciones de los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo con un propósito de mejorar la salud de sus usuarios y el bienestar de las familias, esto ayudaría que todas las instituciones prestadoras de salud puedan cumplir sus metas llevándolos al mejoramiento continuo de los procesos de la atención en salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC) según ruta crítica, y el conocimiento del personal, durante el primer trimestre del año 2018 en el hospital EDUARDO SANTOS de ISTMINA CHOCÓ, basados en la situación de la atención en salud institucional y la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente, para proponer acciones de mejoramiento.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar el cumplimiento de la metodología para la aplicación de la ruta crítica del PAMEC.
- Medir el grado de conocimiento sobre el PAMEC del hospital EDUARDO SANTOS DE ISTMINA al personal que labora en la institución.
- Proponer acciones de mejoras acorde a los hallazgos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO ANTECEDENTES

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas:

- Salud pública
- Los Seguros Sociales
- El Subsistema Privado de Servicios.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector, elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de

Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

La primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

- *“El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”*

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

En este orden de ideas, el Hospital Eduardo Santos de Istmina Chocó, apunta a la propuesta para la elaboración de un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad, buscando evaluar de manera apropiada los diferentes procesos, basados en la situación de atención institucional, verificando de manera continua el cumplimiento de los objetivos trazados y proponer acciones de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos, por esto, se hace necesario apoyarse en estudios ya realizados en este campo, los cuales sirven de punto de referencia para dicha evaluación. Al realizar una lectura de los diferentes PAMEC de Instituciones prestadoras del servicio de salud en el territorio Colombiano, se encuentran dos hallazgos en esta búsqueda, que pueden servir como punto de partida, ya que, de cierta forma, comparten la misma visión del Hospital Eduardo Santos.

En el Hospital San Rafael de Tunja, con el planteamiento del PAMEC, se pretende formalizar un instrumento de evaluación y monitoreo continuo, que contribuya a garantizar la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo, para las oportunidades de mejora priorizados, definidos, y de esta manera, medir el impacto de estas estrategias en el proceso de atención y alcanzar una acreditación de alta calidad.

El segundo punto de referencia, es el Hospital Especial de Cubara, ubicado en el departamento de Boyacá, donde su objetivo principal plantea implementar un programa de auditoría del mejoramiento de la calidad, para alcanzar estándares superiores de calidad, basados en un sistema único de Acreditación, donde se identifique en forma sistemática, periódica y gradual, las oportunidades de mejoramiento; dándoles el tratamiento adecuado para corregir las malas prácticas dentro de los procesos y así alcanzar el cumplimiento de estándares del sistema único de Acreditación.

Por esto se llega a la conclusión, de que se debe crear un proceso evaluativo diseñado de tal manera que permita percibir la problemática presentada al interior de los diferentes procesos liderados por el Hospital Eduardo Santos; y plantear estrategias de mejoramiento que apunte a cumplir los estándares del sistema único de Acreditación.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

En la actualidad el servicio de salud de los habitantes del Municipio de Istmina, es prestado por la Empresa Social del Estado Hospital Eduardo Santos de primer nivel de complejidad, la cual tiene capacidad para prestar servicios de consulta médica general ambulatoria, consulta médica de urgencias las 24 horas, Vacunación, Odontología, Crecimiento y Desarrollo, control Prenatal, Nutrición y Dietista, programas de prevención, promoción de estilos de vida saludable y hospitalización. La institución cuenta con el personal necesario para prestar los servicios médico asistenciales no solamente a la población de Istmina, sino a la población de los Municipios de Condoto, Nóvita, Sipí, Medio San Juan, Río Iró, Unión Panamericana, Medio Baudó, Bajo Baudó y Cantón de San Pablo. El Sistema General de Seguridad Social, es el encargado de generar acciones orientadas a la promoción, prevención, aseguramiento de la

población, prestación de servicios públicos y privados que garanticen a los habitantes la seguridad de una atención eficiente y eficaz en beneficio de su calidad de vida.

El Régimen Subsidiado en Salud, debe garantizar la afiliación de la población con bajos ingresos, lo que significa, que sus condiciones económicas no le permiten el acceso a los servicios de salud y asumir los costos que esta representa, razón por la cual, se han implementado estrategias para la ampliación y cobertura de los servicios, específicamente con la población de estrato socioeconómicos 1 y 2.

El municipio de Istmina presenta una cobertura de su población asegurada superior al 100%, debido a que según datos del Departamento Administrativo de Salud del Chocó (Dasalud) hoy Secretaría de Salud del Chocó, posee 4.235 habitantes en régimen contributivos, el cual equivale al 17,06% de su población y 25.745 habitantes en régimen subsidiado, que equivale al 103,71% de su población.

Las interventorías que se deben realizar periódicamente a la IPS, se están haciendo no en los tiempos establecidos, lo que no permite observar información oportuna sobre el reporte de novedades, carnetizaciones y nuevas afiliaciones.

El municipio de Istmina, presenta porcentajes de vacunación bastante alto, demostrando año tras año una gran protección y prevención de enfermedades a los niños desde su infancia y para toda la vida. De igual manera la **Mortalidad Materna, Infantil y Adolescentes**. La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. En el año 2000, las Naciones Unidas estimó que la mortalidad materna global era de 529.000 representando aproximadamente 1 defunción materna cada minuto de los cuales menos del 1% ocurrieron en países desarrollados.

Las principales causa de mortalidad infantil en el Chocó no difieren de un municipio a otro dado que las condiciones de marginalidad y de subdesarrollo en el territorio es casi igual en todos los municipios con mayor dificultad en algunos, en este contexto se presentan las principales causas de mortalidad en menores de un año en el chocó.

En el municipio se presentaron en el año 2008, 20 casos de muertes en menores de 5 años teniendo en cuenta listado de causas. Así problemas gastrointestinales 2, ciertas enfermedades Transmitidas por vectores y rabia 1 casos en mujeres, septicemia 2 casos, feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones y otras enfermedades relacionadas en este Plan.

En el año 2009 solo se redujo en dos casos y las causas de muerte siguen siendo de manera general las mismas.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN: Brindar un servicio integral, oportuno, efectivo y humanizado en salud, para satisfacer las necesidades clínicas de nuestra población urbana y rural, a través de acciones dirigidas a la promoción y prevención de la salud, actuando con ética, responsabilidad, compromiso y transparencia, enfocada al beneficio de nuestros usuarios y dirigido hacia el mejoramiento continuo.

VISIÓN: La E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, en el 2022 será una institución modelo en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, que busca la satisfacción del usuario y su familia, mediante procesos asistenciales de calidad, seguridad en las prácticas médicas y su compromiso social.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Calidad: Brindamos atención oportuna y humanizada en los servicios de salud para garantizar la satisfacción de nuestros usuarios.

Eficiencia: Optimizamos los recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros que permitan el beneficio social y la auto sostenibilidad.

Competitividad y Liderazgo: Nuestras acciones están encaminadas al fortalecimiento de la red de servicios y al posicionamiento como empresa prestadora de servicios de salud.

Equidad: Proveemos servicios de salud a nuestros usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y oportunidades.

POLÍTICAS DE CALIDAD: La E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, se compromete a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, brindando servicios de salud con eficacia, respeto y calidez en el trato a los usuarios y acompañantes, fundamentada en criterios éticos de pertinencia, oportunidad, efectividad, eficiencia en el manejo de los recursos, seguridad en la atención y en el mejoramiento continuo de la institución.

POLÍTICA DE NO RE-USO: En la E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, solo se utilizarán dispositivos médicos cuyas condiciones de fabricación así lo permitan o cuando se presente la evidencia científica de poder hacerlo conservando las condiciones de eficacia y eficiencia del procedimiento y seguridad para el paciente. El control y el seguimiento de esta política se realizarán mediante los procesos de auditoría a través de los comités de Vigilancia Epidemiológica, Seguridad y Salud en el Trabajo.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: La E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, propende por la consolidación de un entorno seguro para los usuarios y sus familias en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional y al mejoramiento continuo de cada uno de sus procesos.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: La E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, se compromete a proteger la salud e integridad de los colaboradores, a través del desarrollo y la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual va encaminado a la prevención y mitigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, a través de la identificación de peligros y la valoración del riesgo cumpliendo los requisitos legales vigentes y otras regulaciones normativas aplicables a la Organización proporcionando los recursos humanos, económicos, físicos y tecnológicos necesarios para desarrollar los planes de formación.

Para lograr el cumplimiento de esta política la E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina seguirá los siguientes lineamientos:

- Promover la cultura del autocuidado y ambientes de trabajo seguros.
- Administrar los riesgos y peligros prioritarios identificados.
- Prevenir la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Desarrollar acciones encaminadas a la gestión de riesgo en materia de prevención, preparación y respuesta a emergencias y desastres, en cumplimiento con la normatividad vigente.

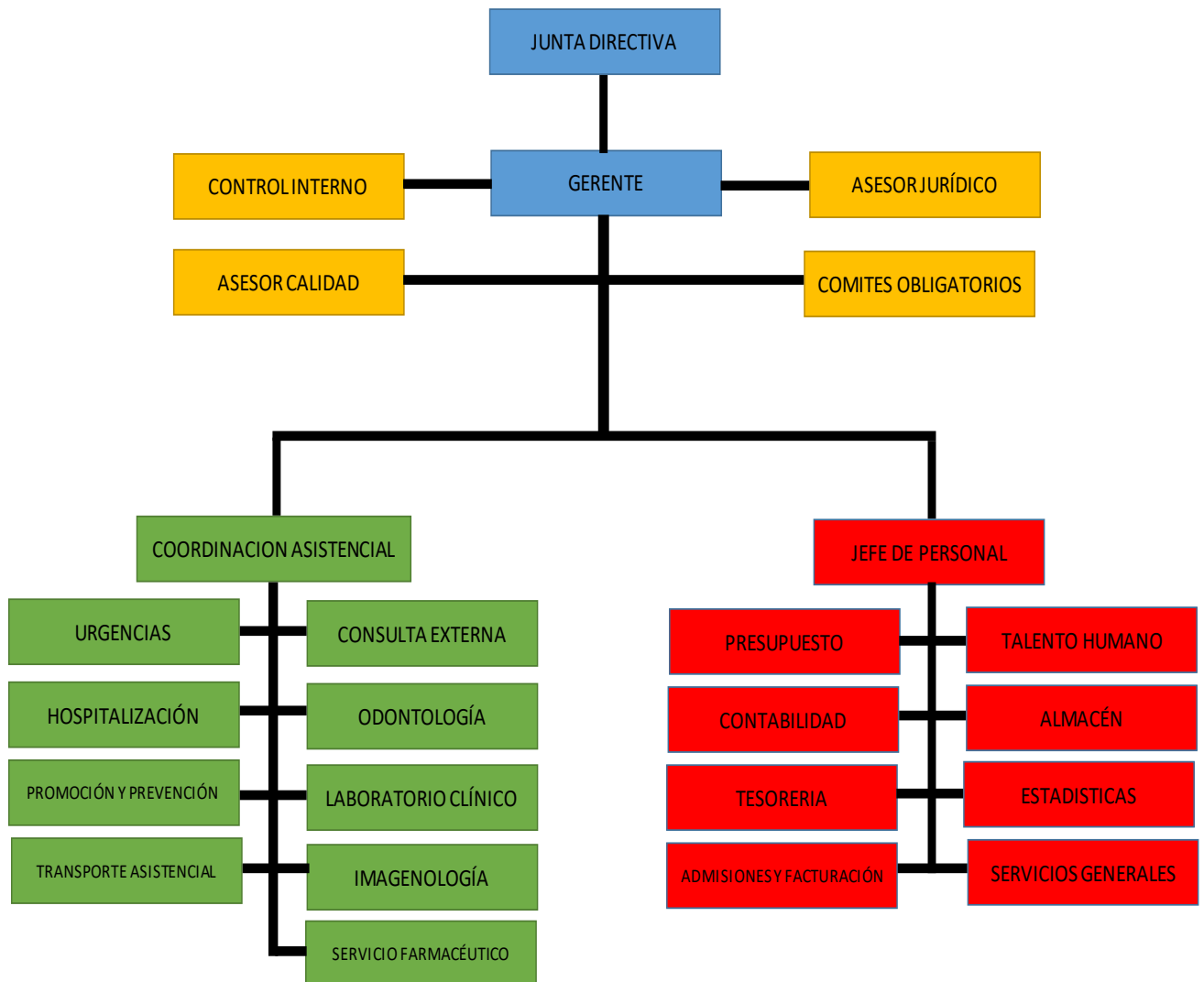
Esta Política compromete a todos los niveles de la organización, por ende todos somos partícipes y responsables del cumplimiento, desempeño y mejoramiento continuo del sistema.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN: En la E.S.E. Hospital Eduardo Santos de Istmina, nos comprometemos a brindar servicios de salud humanizados, implementando estrategias que permitan el fortalecimiento de las competencias y habilidades del cliente interno que trascienda en su actuar para brindar un trato digno, ético y responsable hacia el usuario y su familia; promoviendo el cumplimiento de los derechos y deberes del usuario.

Objetivos:

1. Promover el cumplimiento de los derechos y deberes del usuario, a través de su divulgación permanente, la disminución de barreras de acceso, y la generación de mecanismos de respuesta frente a sus necesidades.
2. Propiciar un ambiente físico humanizado para la atención.
3. Fortalecer el vínculo entre los colaboradores, el usuario y su familia a partir de la vivencia de los valores institucionales.
4. Respetar la confidencialidad, privacidad y dignidad del usuario y su familia en los diferentes contextos institucionales.
5. Implementar las acciones de resarcimiento ante las situaciones en las cuales los usuarios y/o colaboradores identifiquen o manifiesten la vulneración de sus derechos.

ORGANIGRAMA E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA



4.3 MARCO GEOGRÁFICO.

La historia del municipio de Istmina se remonta al año 1834 por el señor Juan Nepomuceno Mosquera, inicialmente con el nombre de San Pablo, el cual fue cambiado en 1903 por el nombre actual.

Se cuenta que los títulos y documentos que se han encontrado en los archivos de Istmina y Popayán han enseñado que en 1874, la corona de España concede título a la señora María Rosalía Urrutia, de descendencia española, dominio sobre los terrenos que ella denominó **“Minas de San Juan**

Evangelista”, ubicada a la margen izquierda del río San Juan, frente a la actual población (Terrenos que actualmente llevan el nombre de Cubis), nombre derivado del arroyo que lo circunda. La señora Urrutia estableció en campamento minero integrado por más de 200 esclavos, destacándose entre ellos la negra Luciana, mujer fuerte y robusta quien fue comprada por \$200 pesos, al igual que el negro Ramón por el cual se pagaron \$255 pesos de la época, dando inicio así a la explotación minera con la fuerza de los esclavos negros.

En cuanto a su delimitación fronteriza, el municipio de Istmina cuenta con varios municipios vecinos en sus puntos cardinales; valga decir: Al Norte con Municipio de Cantón de San Pablo, Unión Panamericana y Tadó, al Sur Con Municipio, Litoral del San Juan, al Oriente Municipio de Tadó, Río Iró, Condoto, Medio San Juan, Nóvita y Sipí, al Occidente Municipio de Medio Baudó, Bajo Baudó.

Un recorrido general por este bello municipio, nos describe una Extensión total: 2480 Km², distribuidos en dos bloques: el área urbana con 6 Km² y el área rural con 2474 Km².

La altitud sobre el nivel del mar es de 65 mts y la Temperatura media es de 26° C y la Distancia de referencia a la capital de departamento es de 75 Km que se recorren en promedio de 2 horas por carretera con algunos tramos pavimentados.

El Municipio de Istmina, según datos estadísticos del Departamento de Administración Nacional de Estadística (DANE), tiene una población de 24.824 Habitantes, con una tasa de crecimiento promedio de 0.45% anual, la población de la cabecera municipal en el presente año es de 19.115 habitantes y la población de la zona rural es de 5.709 habitantes. El 92% de la población corresponde a la etnia afrocolombiana, el 5% a indígena y el 3% a otras etnias. El 47.15% de la población es de sexo masculino y el 52.84% corresponde a sexo femenino.

El 24.76% de la población corresponde a personas entre 0 y 10 años, el 22.57% entre 11 y 18 años, el 47.37% entre 19 y 65 años y 5.30% más de 65 años, como se puede analizar el 47.33% de la población del municipio es joven, lo que representa una gran Fortaleza, haciéndose necesario formular acciones, dirigidas a generar oportunidades para el desarrollo de este grupo etario, que implique combatir fenómenos latentes en nuestra sociedad como el alcoholismo, la drogadicción y violencia.

Contrario al estudio del Dane, la Oficina de Sisbén reporta la existencia de 28.581 habitantes dedicados en un 58% a actividades relacionadas con la agricultura de subsistencia y la minería; el 42% a actividades de servicios (especialmente los prestados por el estado) y el 3% al comercio. Los ingresos de la población en edad de trabajar son bastante bajos en relación con los ingresos per cápita en otros Municipios del País. El 55% de la población en edad de trabajar tiene ingresos por debajo del salario mínimo legal vigente.

La proporción de población que vive bajo línea nacional de pobreza en el municipio de Istmina es del 70,1%, lo anterior ubica al ente territorial como el Segundo municipio del chocó con menor población bajo línea nacional de pobreza.

En Istmina la reducción de la pobreza extrema se ha venido realizando a través de la estrategia JUNTOS, la cual nos muestra un panorama poco halagador de la Reducción de la pobreza extrema.

Para llegar al Municipio de Istmina existen tres tipos de transporte, que le facilitan al viajero, al turista, arribar a esta ciudad desde distintos lugares y por distintos medios.

Por vía Aérea por ejemplo, desde el Aeropuerto de Quibdó "El Caraño" y desde allí hacia el interior del país se transportan hacia Bogotá, Medellín, Cali, Pereira, Armenia, o cualquier otra ciudad del País.

Ya por Terrestres, se moviliza la población y los viajeros desde la terminal de transportes de Medellín, Cali y Pereira y de allí tomar la Flota Arauca desde Cali y en Pereira La Flota Occidente hasta Istmina y en Medellín Rápido Ochoa hasta Quibdó y si finalmente se trata de transportarse por agua; existe una gran red fluvial constituida principalmente por el río San Juan e influenciada por los ríos Condoto, Tamaná, Iró, Sipí y Suruco.

En el marco de la presente investigación, se profundiza en el Sector Salud; toda vez que el objetivo del mismo hace referencia a la implementación del PAMEC institucional que permita mejorar los estándares de calidad y se traduzca en una mejora sustancial en la prestación de los servicios de salud.

En el Plan de Desarrollo del Municipio de Istmina- Sector Salud. "Istmina para todos"[ii], plantea que se debe alcanzar una respuesta eficiente para mejorar las condiciones de salud, y bienestar de los Istmineños al tiempo que restablecemos los determinantes sociales desde una perspectiva multisectorial, donde se pase de intervenciones dirigidas únicamente a las personas de alto riesgo, hacia intervenciones dirigidas a toda la población en general (garantizando una cobertura no solo en afiliaciones sino en calidad de la atención); donde pasemos de intervenciones de prevención secundaria y terciaria ligadas a la enfermedad y muerte, hacia intervenciones de prevención primaria ligadas al bienestar, a las oportunidades y a la calidad de vida; donde pasemos de intervenciones de control de riesgos causales inmediatos, hacia intervenciones dirigidas a restablecer los determinantes sociales con criterios de equidad, justicia social para todos y participación universal en la construcción de los planes locales y departamentales de salud pública.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un

componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándose de manera responsable y creativa a su institución.

Calidad es un concepto difícil de definir, que ha ido variando con los años, pero sin duda su definición ha estado marcado por la evolución de la misma.

A partir de simples conceptos como: a) Lograr productos y servicios con cero defectos, b) Hacer bien las cosas desde la primera vez, c) Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total, d) Producir un artículo o un servicio de acuerdo a las normas establecidas, e) Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes, la evolución de la calidad ha atravesado tres etapas fundamentales a saber:

El Control de Calidad: la realización de inspecciones y ensayos para comprobar si una determinada materia prima, un semielaborado o un producto terminado, cumple con las especificaciones establecidas previamente. Se trata, sin duda, de una concepción poco competitiva de la Gestión de la Calidad, ya que las inspecciones o ensayos tienen lugar "a posteriori", cuando la materia prima se ha recibido, cuando un proceso productivo ha concluido o cuando el producto final está terminado.

El Aseguramiento de la Calidad: En esta etapa se asume que es más rentable prevenir los fallos de calidad que corregirlos o lamentarlos, y se incorpora el concepto de la "prevención" a la Gestión de la Calidad, que se desarrolla sobre esta nueva idea en las empresas industriales, bajo la denominación de Aseguramiento de la Calidad.

La Calidad Total: que en palabras de Ishikawa es “una filosofía, una cultura, una estrategia, un estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad, no posee unos perfiles definidos que permitan acotarla. De aquí que la Calidad Total sea entendida y aplicada de muy diferentes formas en distintas empresas y por diferentes asesores especializados”

El concepto de calidad ha evolucionado, y hoy se entiende como el conjunto de características de un producto o un servicio que satisfacen las necesidades y expectativas del cliente. Por lo tanto, Calidad significa situar al cliente en el centro de la actividad de las organizaciones, que deberán escucharle" para diseñar sus servicios de acuerdo a esas necesidades y expectativas. La evolución de los conceptos de Calidad en las últimas décadas ha determinado que los preceptos que antes se aplicaban estrictamente a una tarea de control ejercida en un área de una fábrica, empresa o taller de manufactura hoy se han convertido en una importante herramienta de gestión, que se aplica en todas las áreas de una organización.

LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: La prestación de servicios de salud está sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos. Dentro de los conceptos predominantes actualmente de calidad en salud, está aquel que refleja la efectiva acción de la atención en salud y la satisfacción del usuario, en un equilibrio de costo efectividad. En Colombia se han establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La calidad de los servicios de salud depende de un sistema conformado por tres elementos interdependientes entre sí que son: a) La Estructura (los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica), b) El proceso (las actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, ejemplo: el examen médico), y c) El resultado (cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente) .Sobre estos 3 componentes del sistema de servicios de salud, es que se establecen las pruebas para evaluar la calidad. (Indicadores trazadores, encuestas de satisfacción y otros).

Por otro lado el contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales.

ATENCIÓN EN SALUD: conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE: coordinación y articulación de todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: los sistemas de atención en salud son de alto riesgo, por lo tanto deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva como de manera proactiva, cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras para garantizar la seguridad de los usuarios.

BENEFICIOS: reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

RUTA CRÍTICA DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA EL PAMEC: Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR: Es la generación de un listado de procesos, como resultado de la autoevaluación y que son factibles de intervenir por parte de la organización. Contendrá como mínimo los procesos de:

AUTO EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD: Evaluación sistemática del proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad

Atención al Usuario: Evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos; establecidos según el Decreto 1011 de 2006.

PRIORIZACIÓN DE PROCESOS: Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA: Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS: En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad

observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoría para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.

PLAN DE ACCIÓN Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS: Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas. Para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad evidenciados, definiendo las acciones que hay que realizar como parte de la intervención para el mejoramiento: Qué, cómo, cuándo, dónde, y quién va a desarrollarlas; además describir porque deben realizarse estas actividades y cómo ejecutarlas para garantizar su cumplimiento. Se deben plantear indicadores para evaluar posteriormente los resultados y realizar seguimiento regular.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN: Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.

EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO: Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por parte del líder o del equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: Comprende la retroalimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es, garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional.

4.5 MARCO LEGAL

Cuadro 1: Normograma.
NORMOGRAMA

LEY O RESOLUCIÓN	DESCRIPCIÓN	REGLAMENTA
Constitución política de 1991	Colombia como estado social de derecho. Derecho a la vida. Derecho irrenunciable a la seguridad social. El	Constitución política de Colombia

	estado organiza y reglamenta la prestación de los servicios de salud.	
ley 100 de 1993	Se crea sistema de seguridad social integral. Gestión pública y privada. Función de las instituciones prestadoras de salud en calidad y eficiencia. Sistema de acreditación. Control de la calidad del servicio de salud.	Congreso de la república de Colombia
Decreto 1011 del 2006	Modifica el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Modifica el campo de aplicación, definiciones y enfoque de sus componentes. Entidades responsables del funcionamiento.	Ministerio de la protección social
Resolución 1043 del 2006	Condiciones de los prestadores de salud para habilitar los servicios, implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se adopta el manual único de estándares y verificación y manual único de procedimientos de habilitación.	Ministerio de la protección social
Resolución 1445 del 2006	Función de la entidad acreditadora y manual de estándares: entidades administradoras de planes de beneficios, servicio hospitalario, servicio ambulatorio, laboratorio clínico, imagenología y servicios de habilitación y rehabilitación	Ministerio de la protección social
Decreto 4295 de 2007	Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y las Empresas Administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud	Ministerio de la protección social
Resolución 1446 del 2006	Se define el sistema de información de calidad.	Ministerio de la protección social
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.	Ministerio de la protección social
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.	Ministerio de la protección social

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO: estudio cuantitativo observacional descriptivo.

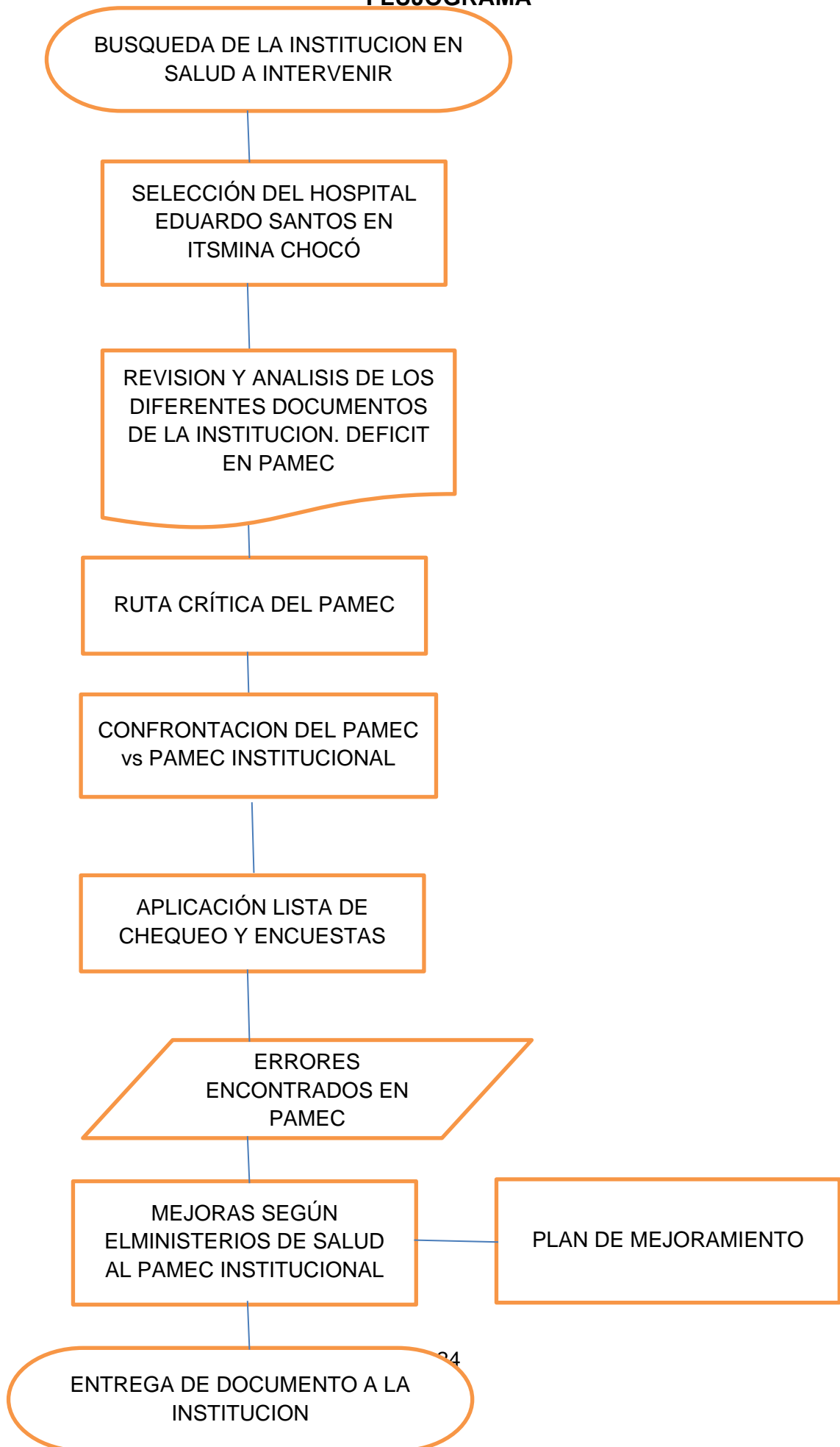
5.2 METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC.

Una vez definido el tema objeto de estudio se procede a seleccionar la institución objeto de estudio, los factores que influyeron a la hora de escoger cual están: la facilidad de acceso, que existan en dicha entidad oportunidades de mejora, que se pueda acceder fácilmente a la información de la entidad, además que haya interés de parte del representante legal para que se lleve a cabo dicho proceso. Es así que dadas las condiciones de la ESE hospital Eduardo Santos de Istmina, es un objetivo óptimo en el cual se podría realizar un adecuado proceso dadas las múltiples falencias que desde el área de calidad se pueden intervenir con el objetivo de mejorarlas.

Una vez lograda la autorización por parte del gerente de la institución se procede a solicitar la información que existe en la actualidad en la entidad y que pueda servir de apoyo para el proceso evaluativo. Se logró tener acceso a el PAMEC actual el cual tiene vigencia del año 2014 posterior al cual no se ha realizado ajuste alguno. Una vez recolectada la información del PAMEC vigente se procede a evaluar la ruta crítica y a confrontarlo con la lista de chequeo que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se evaluó la lista de chequeo del ministerio además que se optó por realizar una encuesta en la cual se pudiera determinar la familiaridad de los colaboradores con el PAMEC. Habiéndose aplicado las herramientas mencionadas se procede a realizar un análisis minucioso que conduzca a la detección de oportunidades de mejora y a la elaboración del respectivo plan de mejoramiento.

FLUJOGRAMA



5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al momento de revisar el PAMEC en el Hospital Eduardo Santos, se hizo necesario indagar sobre el conocimiento que tenía cada uno de los integrantes del equipo de trabajo sobre la ruta crítica del PAMEC; y como cada uno era responsable de los diferentes procesos que a través de este plan de mejoramiento se plantea.

Se buscó entonces una estrategia de recolección de información, que fuera ágil y eficiente; y que permitiera encontrar las respuestas al problema planteado al inicio de esta investigación.

Se utilizó la ENCUESTA como método de recolección de la información, ya que es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, integrada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, ideas, características o hechos específicos.

Esta encuesta incluye 15 preguntas enfocadas en el conocimiento de cada uno de los colaboradores sobre el proceso e implementación del PAMEC dentro de la Institución. La información obtenida fue tabulada y después puesta en gráficas; para así realizar el estudio necesario que llevara a la resolución de la pregunta problema, dando pautas de mejoramiento, para que el Hospital Eduardo Santos, pueda cumplir con los objetivos de alta calidad, estandarizados por el ministerio de Salud a través del PAMEC.

para la evaluación de la ruta crítica se adoptó la lista de chequeo propuesta por el ministerio de la protección social

5.4 COMPONENTE BIOÉTNICO

Según la resolución 008430 de 1.993 del ministerio de salud el riesgo es inferior al mínimo.

5.5 COMPONENTE MEDIO AMBIENTAL

Para la realización de éste trabajo se utilizó material reciclable: Papel reciclable para la impresión de las encuestas, medios digitales y Tics, dando cumplimiento a las normas nacionales e internacionales.

5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL

NUEVA NORMA ISO 26000:2010 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Este proyecto brinda a la comunidad, la oportunidad de acceder a los servicios de mayor calidad.

6. RESULTADOS

Teniendo en cuenta que el Hospital Eduardo Santos de Istmina Chocó, es una entidad prestadora de servicios de salud de carácter público debidamente habilitada, se procedió a realizar la evaluación del sistema de la calidad para determinar la eficacia de los procesos y facilitar el logro y cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

6.1. EVALUACION RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

Nuestra investigación arroja para el paso 0 de la ruta crítica donde se definen las personas y acciones a desarrollar, también los colaboradores que participan en la elaboración del PAMEC, se logra determinar que están conformados los grupos evaluadores pero esto no se ve reflejado en la actualidad dado que el personal que laboraba cuando se realizó el PAMEC en 2014 gran parte de dicho personal ya no está en la institución, y los funcionarios que los reemplazaron no se le realizó la adecuada socialización acerca de las funciones que en materia de PAMEC debería de realizar cada uno.

En el paso 1 que consiste en el proceso de autoevaluación se encontró que fue liderado por un profesional de la salud, se realizó bajo un análisis DOPRI, y se evaluó con los estándares de habilitación para las instituciones prestadoras de salud, esto partiendo del hecho que el hospital evaluado es una ESE que por normatividad deben tener un enfoque basado en estándares de acreditación en pro de la búsqueda de la máxima calidad. .

En el paso 2 se evidencia que se realizó la respectiva selección de los procesos que requerían modificación.

En el paso 3 una vez identificados los procesos considerados como prioritarios y propensos a mejorar y cuya incidencia son fundamentales en el desarrollo y razón de ser institucional, se procedió a hacerse la Definición de la calidad esperada.

En el paso 4 durante la revisión del documento no se logró evidenciar una calificación cuantitativa que evidencie la calidad objetivo que se pretende alcanzar con la implementación del PAMEC evaluado.

En el paso 5 se evidencia en el documento evaluado que hay informes de las auditorías internas realizadas a la institución con los diferentes hallazgos encontrados además de las respectivas anotaciones a las que había lugar, lo que demuestra que si se plantean lo que corresponde a la calidad observada a nivel institución.

En el paso 6 surge la formulación de los planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en los diferentes informes de auditoría, esto de la mano de propuestas de seguimiento periódico a las acciones de intervención realizadas.

En el paso 7 al revisar la evaluación y seguimiento del plan de mejoramiento, no se evidencia en el documento que se hayan realizado evaluaciones de seguimiento al plan de mejoramiento propuesto previamente dado que no hay informes de auditorías posteriores con los que se pueda constatar.

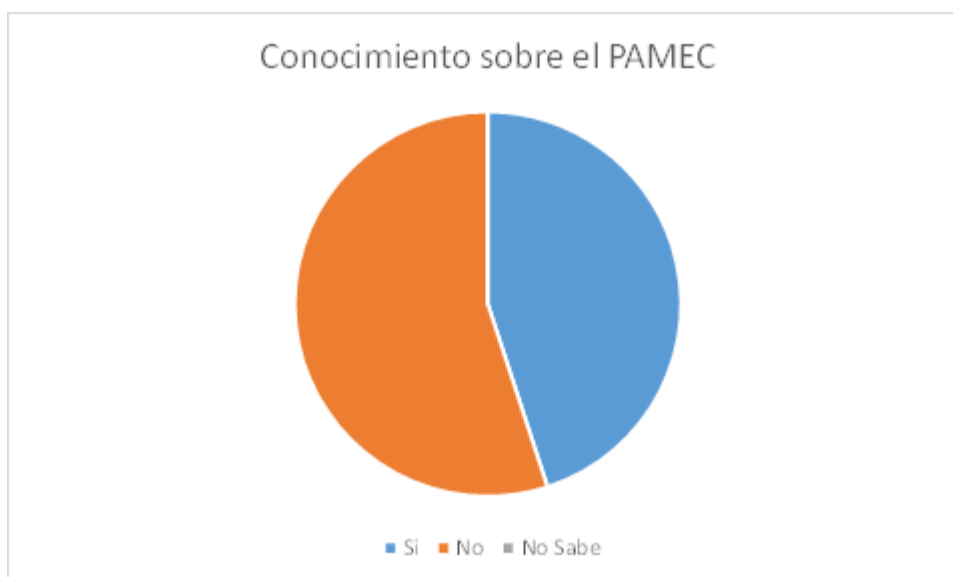
En el paso 8 no existe una evidencia de que se haya generado un aprendizaje organizacional.

6.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

Frente a la aplicación de la encuesta se encontró:

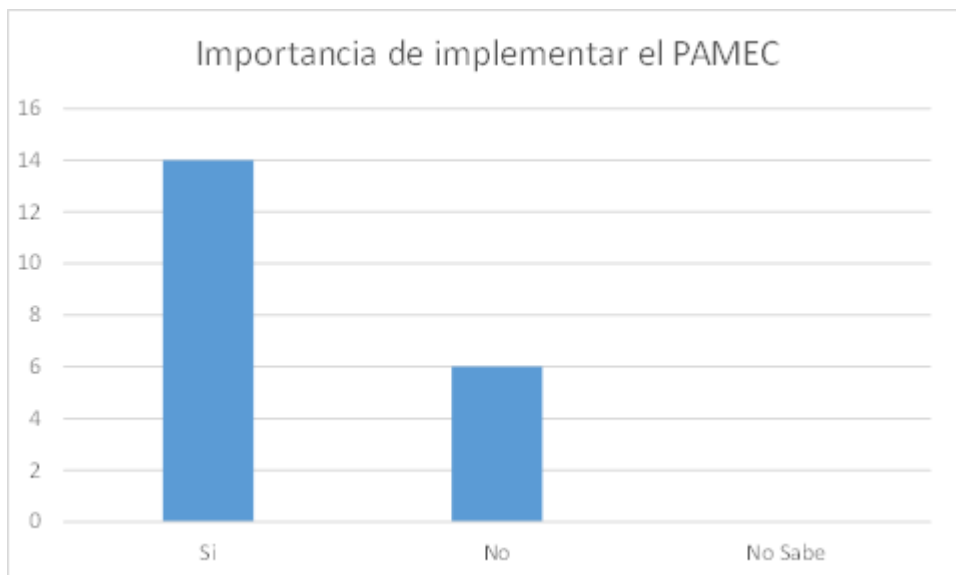
A la hora de medir el grado de conocimiento de los colaboradores respecto al PAMEC y su implementación, se optó por realizar una encuesta estructurada la cual consta de 15 preguntas (consultar anexos).

A continuación se analizarán cada una de las variables que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar la encuesta que se realizó al personal para medir su conocimiento sobre la implementación del PAMEC.

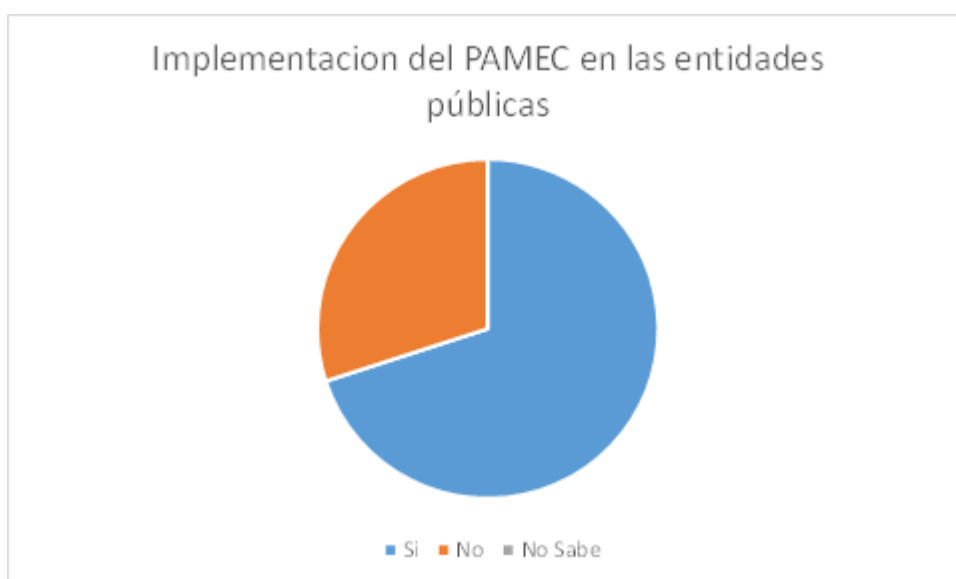


Gráfica 1: Conocimiento del PAMEC por el personal del Hospital

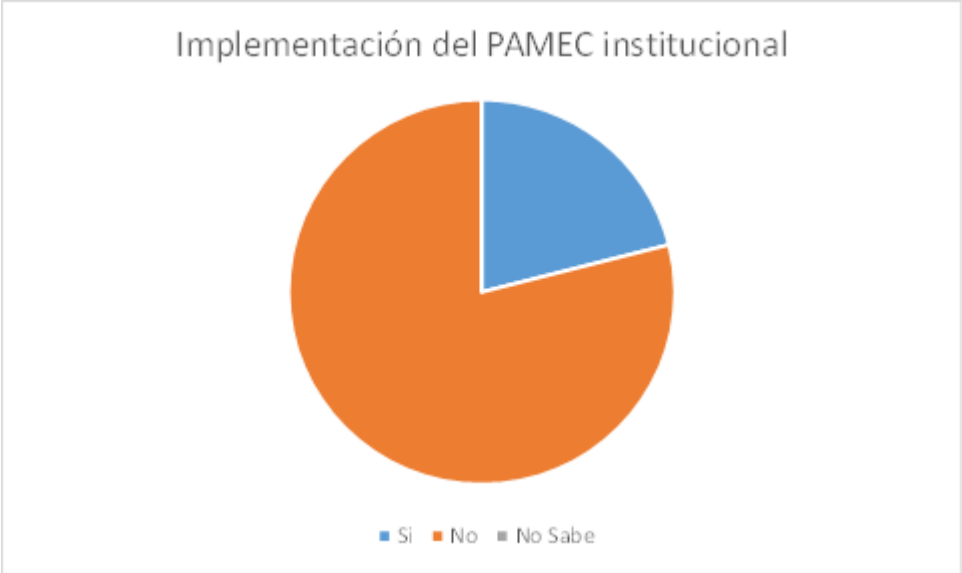
La gráfica 1. Muestra que más de la mitad de los funcionarios encuestados desconoce información concerniente al PAMEC



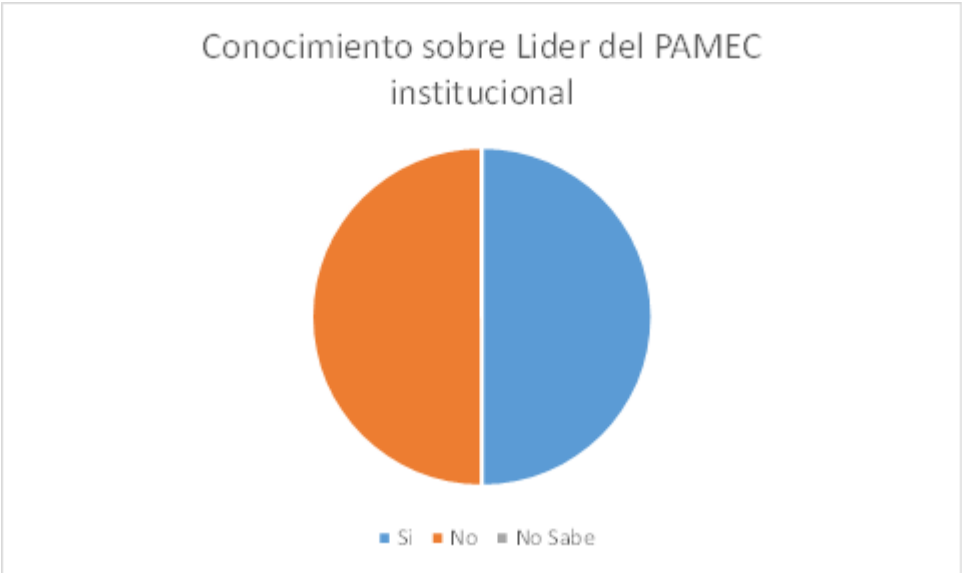
Gráfica 2: La mayoría de los encuestados considera que el PAMEC es importante ya que detecta problemas reales y establece oportunidades de mejora.



Gráfica 3: El 70% de los encuestados considera que el PAMEC es de obligatoria implementación en las entidades municipales, distritales y departamentales.



Gráfica 4: El 75% de los encuestados considera que el PAMEC no es adecuadamente implementado en la institución.



Gráfica 5: El 50% de los encuestados no saben quién es el responsable de liderar los procesos del PAMEC en la institución.



Gráfica 6: Solo el 50% de los encuestados tiene conocimiento acerca de los sistemas únicos de acreditación y habilitación.

6.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos del Hospital Eduardo Santos de Istmina Chocó se pudo evidenciar que no hay un seguimiento en la implementación del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, y no se realiza un adecuado manejo del mismo en la institución, a la hora de medir el grado de conocimiento a los trabajadores se evidenció que la mayoría del personal desconocen PAMEC, dado a que no se les han brindado socializaciones referentes al PAMEC.

PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA

Posterior al análisis de la ruta crítica y de la encuesta realizada, se pueden evidenciar varios factores susceptibles a mejorar, algunos desde la iniciativa gerencial y otros desde la iniciativa de cada uno de los colaboradores que implica el compromiso de cada quien en interesarse y sobre todo en comprometerse con la continua aplicación y reevaluación de los componentes del PAMEC. Por lo tanto se generan las acciones de mejora.

QUIEN	QUE
Personal que labora en el hospital Eduardo santos –Istmina (Chocó)	Establecer el equipo interno que implementará y hará seguimiento al PAMEC
DONDE	CUANDO
Hospital Eduardo santos – Istmina (Chocó)	Proceso en continua evaluación.

POR QUÉ	CÓMO
<p>Se hace necesario actualizar, implementar y evaluar el PAMEC, para alcanzar estándares altos de calidad dentro de la institución</p>	<p>Se deberá realizar todo el proceso de autoevaluación, con la priorización de los procesos a mejorar y además se deberá elaborar un cronograma de seguimiento en el cual se harán las respectivas auditorías internas que permitan determinar si se va en el camino de la mejora continua o si por el contrario no hay un real impacto en la búsqueda de los objetivos planteados.</p> <p>Analizar la información proveniente de la lista de chequeo y documentar las decisiones tomadas a partir de la información, documentar y socializar los procesos, lograr una ejecución y trazabilidad en todos los servicios así aumentando el cumplimiento de los indicadores de calidad.</p> <p>Socializar documentos que se indiquen la participación de los líderes de procesos para así realizar un seguimiento y se pueda llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos propuestos.</p> <p>Realizar planes de capacitación y medir el efecto de las mismas a los miembros del grupo de plan de mejora.</p>

Se debe establecer claramente el equipo interno que liderará la implementación y el seguimiento en cuanto a lo que respecta al PAMEC, se deberá implementar un documento completamente nuevo, dado que el más reciente está desactualizado con fecha de 2014, se deberá realizar todo el proceso de autoevaluación, con la priorización de los procesos a mejorar y además se deberá elaborar un cronograma de seguimiento en el cual se harán las respectivas auditorías internas que permitan determinar si se va en el camino de la mejora continua o si por el contrario no hay un real impacto en la búsqueda de los objetivos planteados.

Es muy importante que todo esto se establezca a través de procesos claros y estructurados idealmente plasmados en estandarizar manuales de procesos y procedimientos institucionales, esto con el fin de evitar que las iniciativas plasmadas se queden con las personas que ocupen los cargos mas no en los respectivos cargos como debe ser, con esto se lograría que independientemente de quien ocupe dicho cargo los procesos a realizar

siempre sean conocidos por los nuevos colaboradores y se propenda por su continua implementación.

Vale anotar que para lograr una cultura organizacional es muy importante que a cada uno de los colaboradores desde el ingreso a la compañía se les eduque sobre la importancia del conocimiento de la empresa, su estructura organizacional, su plataforma estratégica, y sobre todo se le eduque claramente sobre el papel a desempeñar en la compañía, esto con el objetivo de que se genere un compromiso personal de cada colaborador en la búsqueda de los objetivos misionales. Dar a conocer la ruta que desde los líderes de calidad como responsables de la implementación, aplicación y seguimiento del PAMEC se debe seguir para que cada colaborador tenga conocimiento sobre los aspectos a evaluar y la periodicidad de los mismos.

Se hace necesario que haya por parte del equipo de calidad que lidera la implementación, aplicación y seguimiento de la herramienta PAMEC que exista un interés permanente en el seguimiento continuo de dicho proceso, esto con el fin de que año tras años se logre tener resultados que permitan comparar el antes y después y así poder permanentemente estar reevaluando los diferentes procesos que de acuerdo a las necesidades de cada momento permitirán centrar la atención en las debilidades que en su momento pudieran ser cambiantes en cada momento del clima organizacional.

6.4 DISCUSIÓN

Uno de los objetivos más importantes al realizar un PAMEC es que al final de todo el proceso se genere una retroalimentación a nivel de los colaboradores de la institución con el fin de generar una cultura organizacional en la cual se involucra a cada uno en los procesos de socialización y en la generación de compromisos en que propendan al mejoramiento de las metas y objetivos no alcanzados. Es aquí en este ítem que no se logra constatar que se hagan los diferentes procesos de socialización de resultados con los clientes internos de la institución lo cual se pueda demostrar más adelante en una encuesta realizada que el desconocimiento del tema sobre el PAMEC y su implementación es un factor predominante en la mayoría de los colaboradores encuestados.

Al hacer una comparación entre la ruta crítica del Hospital Eduardo Santos de Istmina Chocó y la ruta establecida por el Ministerio de salud en su documento "LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD" del 2014; se evidenció que no se sigue con la rigurosidad que amerita la implementación de cada uno de los pasos evaluados, ya sea porque no se implementan, o porque una vez implementado no se le da continuidad a los procesos de seguimiento que se requiere.

Con la información recolectada en la encuesta realizada se interpretaron varias situaciones. El factor predominante es hacia el desconocimiento en cuanto al PAMEC y su implementación, no se han establecido rutas claras a nivel de los

clientes internos que les permita a cada uno conocer quién es la persona encargada de elaborarlo además de realizar los respectivos seguimientos, así como tampoco se logra evidenciar que se tenga como política gerencial el conocimiento de este instrumento y su aplicación dado que la mayoría de los colaboradores no conocen el PAMEC o los resultados de su implementación en la institución.

Al final se logra evidenciar que los colaboradores a pesar de su poco conocimiento del programa consideran que podría ser una herramienta muy útil que desde la auditoría interna promueve y estimula el mejoramiento continuo de cada uno de los procesos y servicios prestados en la institución con el objetivo final de brindarle servicios de mejor calidad a la población general.

7. CONCLUSIONES

Como resultado del estudio sobre el PAMEC, realizado en el Hospital Eduardo Santos de Istmina Chocó, se puede concluir que

- Al aplicar la lista de chequeo del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad del Ministerio de salud, al PAMEC del hospital EDUARDO SANTOS de istmina se evidencia que no se cumple la metodología propuesta por el ministerio para la implementación de cada uno de los procesos evaluados.
- Se pudo establecer que las personas que laboran dentro de esta Institución no poseen suficiente conocimiento sobre el PAMEC y su implementación.
- No se han establecido rutas claras que definan la persona encargada de los diferentes procesos además de realizar los respectivos seguimientos.
- El Hospital Eduardo Santos no tiene como política general el conocimiento del PAMEC y su aplicación.
- Un plan de mejoramiento de la calidad en una institución prestadora de salud de carácter público no debe ser elaborado bajo los estándares de habilitación.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al gerente del hospital EDUARDO SANTOS de ISTMINA CHOCÓ motivar la implementación del plan de mejora sugerido anexo.
- Sensibilizar a los empleados sobre la utilidad del PAMEC.
- Diseñar rutas claras para que definan a la persona encargada de los diferentes procesos además de realizar los respectivos seguimientos.
- Institucionalizar una política general sobre el PAMEC.
- Trabajar con el equipo institucional los estándares de calidad para la acreditación.

BIBLIOGRAFÍA

Adoptar el plan de desarrollo del municipio de Istmina, como un instrumento de planificación, ... nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará VISION. El municipio de Istmina en el 2015 se habrá convertido en puerta de conexión regional fortalecido su [.http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/istminachocopd2012-2015.pdf](http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/istminachocopd2012-2015.pdf)

Auditoria en salud Libros Editorial CES El entonces INSTITUTO DE CIENCIAS DE IA SALUD, CES, consciente de la realidad nacional, teniendo en cuenta la ... Cristina Gómez Vásquez, José Humberto Duque Zea, Sara Gamboa Mena, Heder Delvin Trillos Pérez, Javier López Agudelo, Arlex Uriel Palacios Barahona, José .. <http://www.ces.edu.co/index.php/libros-ces/libros-editorial-ces/auditoria-en-salud-detail>

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, [Online] Disponible en:<http://201.234.78.38/ocs/Default.asp>

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud 2007 [Online] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/default.aspx>

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, [Online] Disponible en: <http://www.slideshare.net/johanmcp/sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad>

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 20070 2006 anexo técnico 2 [Online] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/default.aspx>

Consulta de norma:- secretaria jurídica distrital de conformidad con lo anterior, concluye que no es posible sustentar la violación de las *normas* constitucionales mencionadas por los demandantes al En ese mismo sentido, en la Sentencia C-209 de 1997,[51] al analizar la exequibilidad de algunos de los artículos de la Ley 300 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=199751>

GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD: IMPLEMENTACIÓN, CONTROL Y CERTIFICACIÓN Luis Cuatrecasas Rabos es Doctor Ingeniero Industrial y

catedrático de la UPC en el departamento de Organización de Empresas. ... *completo de implantación, control y certificación: gestión de las organizaciones y personas, herramientas y técnicas para implantar la calidad en productos y procesos desde su diseño*, [.https://www.casadellibro.com/libro-gestion-integral-de-la-calidad-implantacion-control-y-certificacion-3-ed/9788496426382/1036924](https://www.casadellibro.com/libro-gestion-integral-de-la-calidad-implantacion-control-y-certificacion-3-ed/9788496426382/1036924)

PAMEC- Hospital san Rafael de Tunja Especialistas en atención. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC. Detalles: Última actualización el Martes, 01 Agosto 2017 19:18: Publicado el Martes, 08 Septiembre 2015 20:45. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC ... www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/es/gestion-de-la-calidad/.../pamec

Programa para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) se describe la ruta Crítica que HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARA ESE ha propuesto para el cumplimiento de este componente. Adicionalmente se diligencia el cuadro de programación actividades para el desarrollo del. PAMEC 2017 – 2020. Anexo 1. El compromiso de la institución con el mejoramiento continuo se ...<http://hospitalcubara.gov.co/images/controlinterno/ProgramadeMejoramientoDeacreditacionHospitalCubara2017.pdf>

Resolución 1043 de 2006 Ministerio de la Protección Social... RESOLUCIÓN 001043 DE 2006... Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico número 1 "Manual Unico de Estándares y de Verificación", el cual hace parte integral.<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2028>

SECRETARÍA DE SALUD. Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>

departamento administrativo de salud del. Chocó (Dasalud), posee 4.235 habitantes en régimen contributivos, el cual equivale al 17,06% de su población y 25.745 habitantes en régimen subsidiado, que equivale al 103,71% de su población. TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE AFILIADO ...<http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/istminachocopd2012-2015.pdf>

CONSTITUCIÓN. DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1. LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos: La salud es un ...http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

ANEXOS

ENCUESTA PAMEC HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE ISTMINA CHOCÓ

1. ¿Conoce usted el plan de auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC)?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

2. ¿Sabe usted los pasos o actividades necesarias, que deben ser cumplidas para desarrollar un PAMEC?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

3. ¿Conoce usted las normas y documentos técnicos a la hora de iniciar un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

4. ¿Considera usted que el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC es de gran importancia para Identificar problemas reales o tener oportunidades de mejora para la calidad de la atención?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

5. ¿Consideran que todas Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud están obligadas a implementar el PAMEC?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

6. ¿El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, PAMEC si es correctamente implementada dentro de la institución?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

7. ¿Cree usted que para llegar a la excelencia deben de incluir dentro del **PAMEC** las acciones de mejora orientadas a los estándares de acreditación?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

8. ¿Conoce usted quién vigila el cumplimiento del desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

9. ¿Sabe usted cuáles fueron los mecanismos que ha utilizado la Institución para darle a conocer el **PAMEC**?

SI _____

No _____

NO SABE _____

10. ¿El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la misma institución que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

11. ¿Alguna vez te han hablado del sistema único de acreditación y de habilitación en salud?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

12. ¿Saben cuáles instituciones pueden ser acreditadas en salud?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

13. ¿Considera que el plan de auditoría para el mejoramiento de la Calidad es muy importante para asegurar una atención en salud que esté acorde con las necesidades de los usuarios?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

14 ¿Consideran que se deben implementar planes de mejoramiento para el programa (PAMEC) de la institución donde permitan superar las expectativas de los usuarios?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

15 ¿Recomendaría revisar y actualizar el **PAMEC** anualmente para darle un mejor cumplimiento al programa?

SI _____

NO _____

NO SABE _____

RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad	No		El enfoque fue HABILITACIÓN las ESE deben definir como enfoque el sistema de ACREDITACIÓN
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado	Si		Se aprecia que esta desactualizada ya que está a fecha de 2014
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC				
1. AUTOEVALUACIÓN				
Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC:				
Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación: 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares. 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación. 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa	Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad		No	El Hospital Eduardo Santos de Istmina realizó el proceso de autoevaluación bajo un análisis DOPRI, y se evaluó con los estándares de habilitación para las instituciones prestadoras de salud.
Resultado de las auditorías Internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo	Si		Se logra evidenciar en el documento que existe reporte de auditorías internas realizadas sobre los procesos prioritarios susceptibles a mejorar.
Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan a la IPS en la mejora continua de la calidad	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo		No	No hay evidencia de auditorías externas realizadas a la ESE
Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes refleja el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad	Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales		No	No evidencia de gestión de los comités en la vigencia actual
Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.	Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores	Si		Se puede evidenciar en el documento que hay reportes de los principales indicadores y su porcentaje de cumplimiento y no cumplimiento.
Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad	Evidencia del análisis de la voz del cliente	Si		Se puede constatar en el documento que existe un análisis de las necesidades del usuario además de sus inconformidades y peticiones.
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR				

Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen	Matriz de correlación de estándares de Acreditación con procesos institucionales		No	No se evidencia en el documento la matriz de correlación de estándares de acreditación con los procesos institucionales
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC	Listado de procesos seleccionados a mejorar	Si		Se puede evidenciar que se realizó un proceso de selección de los procesos prioritarios susceptibles a mejorar.
3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS				
Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.	Instrumento técnico con la priorización de oportunidades de mejoramiento formuladas en la autoevaluación de estándares de acreditación	Si		Se evidencia que se realizó la priorización de procesos de acuerdo a la oportunidad de mejora.
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito	Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos	Si		DOFA y DOPRI
4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA				
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación de dicho PAMEC.	Evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el período de vigencia del PAMEC		No	No se evidencia calificación cuantitativa esperada. Se optó por Estándar de habilitación.
Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así: 1. Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir. 2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar. 3. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado.	Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC	Si		Existe en el documento claramente definido los niveles que se pretenden alcanzar
5. CALIDAD OBSERVADA				
Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación	Listado de las auditorías internas a realizarse en el período del PAMEC	Si		Si hay reportes de las auditorías internas que se realizaron en el período de evaluación del PAMEC
Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas	Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas	Si		Se pueden evidenciar informes de las auditorías planeadas en el primer período de seguimiento del PAMEC

Fuente: Autores

MATRIZ DE OBJETIVOS

MATRIZ DE OBJETIVOS					
OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICIÓN	VARIABLES	DEFINICIONES	INDICADORES
Identificar el cumplimiento de la metodología para la aplicación de la ruta crítica del pamec.	Cumplimiento de la metodología de la ruta crítica PAMEC	evaluación de cumplimiento para los estándares de habilitación	Autoevaluación	Es identificar las brechas y oportunidades de mejora	porcentaje de cumplimiento de estándares
			Selección de procesos a mejorar	procesos que se requieren mejorar dentro de la institución para obtener oportunidades de mejora	
			Priorización de Procesos	es un método que nos ayuda ordenar los procesos a mejorar y que nos llevan a mejorar la atención en salud	
			Definición de la calidad esperada	es establecer una meta a alcanzar para así lograr los resultados esperados	
			calidad observada	es la calidad esperada por lo usuarios en la atención en salud	
			Formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	plan de mejoramiento que analiza las causas fundamentales que han llevado al problema y que permita llegar a la causa raíz	
			Implementación de planes de mejoramiento para alcanzar calidad esperada	son las oportunidades de mejoramiento para la atención en salud donde se busca satisfacer las necesidades de los usuarios	
			evaluación de la Ejecución de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	es un mecanismo continuo de evaluación que esperan los usuarios en la atención en salud	
Aprendizaje Organizacional	significa en entrenar y capacitar a las personas en la organización en obtención de estándares sobre los cuales se debe realizar seguimiento permanente				
Medir el grado de conocimiento sobre el PAMEC del hospital EDUARDO SANTOS DE ISTMINA al personal que labora en la institución.	medir el conocimiento sobre el pamec al personal que elabora en la institución	determinar el conocimiento que tiene el personal de la institución sobre el PAMEC mediante una encuesta	se realizaron 20 encuestas donde se encontraron la falta de la aplicación del PAMEC, debido al no conocimiento de que es el PAMEC y la importancia de su aplicación	es un mecanismo por el cual se obtiene resultados para medir el conocimiento que tiene el personal hacia el PAMEC	número de encuestas vs acciones para mejorar
Proponer acciones de mejoras acorde a los hallazgos	acciones de mejora acorde a los hallazgos	garantizar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios a partir de un correcto análisis que conlleven a la solución de las no conformidades	cierre de no conformidades mediante planes de mejoramiento	Es identificar las brechas y oportunidades de mejora	cien por ciento del cumplimiento del pamec

PRESUPUESTO

Presupuesto	
Concepto	Valor
Personal	\$ 9.781.242
Materiales	\$ 135.000
Transporte	\$ 680.000
Alimentación	\$ 460.000
Total	\$ 11.056.242

CRONOGRAMA

Actividad	Nov	Dic	En	Feb	Mar	Abr
Elección del tema	X					
Formulación del problema	X	X				
Marco teórico		X	X			
Metodología			X	X		
Aplicación de análisis de resultados				X		
Elaboración del informe					X	
Sustentación del trabajo					X	X
Publicación del trabajo						X



E.S.E. HOSPITAL EDUARDO SANTOS
NIT 891680064 - 0
MUNICIPIO DE ISTMINA - CHOCÓ



Istmina, 15 de noviembre de 2017

Señores:
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
CEDE PEREIRA
Despacho.-

Cordial saludo:

Por medio de la presente autorizo a los señores (a):

CAROLINA RODRIGUEZ OSPINA
CAROLINA VARGAS VARGAS
JHON BISMARCK YURGAKY MOSQUERA

Quien en representación y estudiantes de esta Universidad solicitaron autorización para realizar su trabajo de grado en esta institución consistente en el Proyecto de EVALUACION PAMEC 2018 HOSPITAL EDUARDO SANTOS ISTMINA CHOCO.

Atentamente,m

YILMAR VALENCIA VARGAS
YILMAR VALENCIA VARGAS

Gerente

Teléfonos: 6703021 – Telefax: 6702020
¡Contamos con usted, para ser el primero...!
