

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2017, EN EL
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DEL MUNICIPIO DE LA
VICTORIA VALLE**

DANIEL ANDRES HENAO REYES

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
SEDE ZARZAL
2018**

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) 2017 EN EL
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS DEL MUNICIPIO DE LA
VICTORIA VALLE**

DANIEL ANDRES HENAO REYES

**Trabajo presentado para optar por el título de
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

**Director de Trabajo de Grado
LILIANA ESTELLA MONTAÑO CAICEDO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACION
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
SEDE ZARZAL
2018**

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	7
INTRODUCCIÓN	9
1. ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO.....	11
1.1 ANTECEDENTES.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
1.4 SISTEMATIZACIÓN	14
1.5 OBJETIVOS.....	14
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	15
2. MARCO REFERENCIAL	17
2.1 MARCO CONTEXTUAL	17
2.1.1 Reseña Histórica del Municipio	17
2.1.2 Cobertura por Regímenes de Salud.....	19
2.2 MARCO INSTITUCIONAL	20
2.2.1 Reseña histórica.....	20
2.2.2 Principales actividades.....	20
2.2.3 Direccionamiento Estratégico.....	21
2.2.4 Organigrama	22
2.2.5 Mapa de Procesos Institucional	24
2.1 MARCO LEGAL.....	24
3. Marco de Referencia Teórico Conceptual.....	28
3.1.1 Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud SOGCS.....	32
3.1.2 Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	33
3.1.3 Humanización de los servicios en salud.....	36
3.1.4 Seguridad del paciente.....	38

3.1.5	Adherencia a Guías de Práctica Clínica.....	40
3.1.6	Modelo estándar de control interno.....	41
3.1.7	Eje Transversal Información y Comunicación.....	42
4.	METODOLOGÍA.....	46
4.1	TIPO DE ESTUDIO.....	46
4.2	PROFUNDIDAD.....	47
4.3	MÉTODO.....	47
4.4	FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 48	
5.	UNIVERSO POBLACIONAL Y MUESTRA.....	51
6.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	51
6.1	CAPITULO I: Actualización del documento metodológico del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) del Hospital Nuestra Señora de los Santos.....	51
6.2	CAPITULO II: Ejecución de las actividades priorizadas en la matriz de acciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) de acuerdo a los resultados de la autoevaluación desarrollada en el periodo 2017 en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.....	54
6.3	Análisis ejecución de las acciones del PAMEC 2017 del Hospital Nuestra Señora de los Santos.....	59
6.4	CAPITULO III: Acompañamiento a la conformidad del programa de Seguridad del Paciente Institucional en el hospital nuestra señora de los santos. 75	
6.5	CAPITULO IV: Apoyo en la implementación de los lineamientos del programa de Humanización de los Servicios en Salud y diseño de la Política de Comunicación Interna y Externa en el Hospital Nuestra Señora de los Santos. 82	
6.6	CAPITULO V: Análisis del perfil de morbilidad de acuerdo a las directrices de adopción de Guías y Protocolos de Práctica Clínica en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.....	90
7.	PRESUPUESTO.....	101
8.	CONCLUSIONES.....	104
9.	RECOMENDACIONES.....	107
	Referencia Bibliográfica.....	110

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Distribución de Prestadores de Servicios de Salud	18
Ilustración 2: Organigrama Hospital Nuestra Señora de los Santos	23
Ilustración 3: Mapa de Procesos del Hospital Nuestra Señora de los Santos	24
Ilustración 4: Ruta crítica para el desarrollo del PAMEC	34
Ilustración 5: Articulación del componente de auditoria con los demás componentes del SOGCS	35
Ilustración 6: Estructura de Modelo Estándar De Control Interno (MECI)	42
Ilustración 7: Grafico Consolidado de los hallazgos en rondas de Seguridad del Paciente	80
Ilustración 8: Grafica de la diez primeras causas de Consulta Externa	94
Ilustración 9: Grafica de la diez primeras causas de Hospitalización.....	95
Ilustración 10: Grafica de la diez primeras causas de Urgencias.....	97

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Población Afiliada en Salud en el Municipio de la Victoria Valle	19
Tabla 2: Descripción, aplicabilidad y cumplimiento de los aspectos legales del proyecto	25
Tabla 3: Relación fuentes y tipos de recolección de información	48
Tabla 4: Graficas de seguimiento mensual a las acciones del PAMEC 2017 (Junio – Diciembre).....	56
Tabla 5: Consolidado seguimiento a las acciones del PAMEC.....	58
Tabla 6: Análisis de las rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el periodo 2017.....	78
Tabla 7: Plan de acción y cronograma para la implementación del programa de Humanización en los Servicios de Salud	85
Tabla 8: Diez primeras causas de consulta externa	93
Tabla 9: Diez primeras causas de hospitalización	95
Tabla 10: Diez primeras causas de Urgencias	96
Tabla 11: Guías y protocolos de práctica clínica existentes en el Sistema de Gestión de Calidad.....	99
Tabla 12: Guías y protocolos de práctica clínica no encontrados, según las diez primeras causas de los servicios en el Sistema de Gestión de Calidad	100
Tabla 13: Descripción presupuesto Humanización de los servicios en Salud	101
Tabla 14: Descripción presupuesto planes de mejoramiento Seguridad del Paciente	102
Tabla 15: Descripción presupuesto acciones PAMEC 2017	102
Tabla 16: Consolidación presupuesto definitivo ejecución Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) 2017	103

GLOSARIO

Calidad: El grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Control. Cualquier medida que tome la dirección y otras partes para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La dirección planifica, organiza y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzarán los objetivos y metas. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Eficiencia: Capacidad de producir el máximo de resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (Ministerio de Protección la Social. (2008). Lineamientos de la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá, Colombia).

Indicadores: Conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las

tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Política: Directriz u orientación por la cual la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos. (Circular Instructiva No.045 de 2007 – Supersalud).

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. NOTA: Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, por qué y cómo. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen. (Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá, Colombia).

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (Ministerio de Protección Social. (2008). Lineamientos de la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá, Colombia).

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio de Protección Social. (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá, Colombia).

INTRODUCCIÓN

El sistema de Salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993 ha tenido múltiples cambios e intervenciones con el ánimo de prestar mejores servicios de salud, sin embargo, se han presentado diversas falencias en el desarrollo y cumplimiento de las normatividades a las cuales están sujetas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, de ahí se ha desprendido dentro de las obligaciones de dichas instituciones, velar para que el usuario o paciente acceda a una atención y prestación de servicios de salud con mayor seguridad, integridad y calidad; esto mediante la implementación y seguimiento de diversos programas, herramientas y acciones creados para este fin por entes territoriales de control y regulación principalmente el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaria de Salud Departamental. Entre estos se encuentra el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), el cual se define como el “mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” (Decreto 1011, 2006, p. 2); siendo esta la “forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.” (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006, p. 7).

Cabe destacar que este programa de auditoria hace parte de los cuatro componentes que conforman el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud creado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Decreto 1011 de 2006, el cual establece la configuración del sistema mediante los siguientes componentes: el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), el Sistema Único de Habilitación (SUH), el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la calidad (SIC). Estos cuatro componentes trabajan en conjunto y son transversales en todos los procesos, áreas y servicios de la institución, con un objetivo en común, mejorar la calidad, integridad y seguridad de los servicios de salud prestados.

Además el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud desde que se instituyó ha alcanzado avances importantes en materia de calidad, gracias en parte, a la creación de una serie de resoluciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que refuerzan y complementan el sistema en mención, sin embargo, teniendo en cuenta que el sistema de salud presenta una coyuntura nacional compleja así como diversos riesgos por la dinámicas de los procedimientos asistenciales, implementar el componente de auditoria resulta en muchas ocasiones dispendioso y complejo, por lo que además de garantizar y mejorar la calidad de los

servicios, este sistema debe ser para las instituciones una herramienta que garantice la seguridad y mejora continua de los servicios.

En el Hospital Nuestra Señora de los Santos se ejecuta y da operatividad paralelamente al programa de Seguridad del Paciente, donde se efectúan actividades fundamentales que involucran la atención centrada en el usuario, así como la implementación y seguimiento al programa Humanización de los Servicios en Salud establecido mediante Resolución 123 de 2012 en procesos asistenciales con el objetivo de garantizar servicios íntegros, seguros y de calidad, así como la adopción y adherencia de guías de práctica clínica según el perfil de morbilidad, cuyo cumplimiento a los lineamientos de los procedimientos y actuación frente a determinadas patologías, aporta a la minimización de errores y por ende a la seguridad de los pacientes y al mejoramiento de la calidad en la atención prestada.

Para el éxito de los nombrados programas, es fundamental la mirada holística de los procesos, es decir, de manera transversal y no como áreas o servicios aislados, donde los jefes de procesos y los funcionarios involucrados participen en las acciones, planes de mejora y en los resultados de estos, siendo la comunicación un eje central, de manera que se evidencie en todos los niveles de la estructura organizacional de la institución; por ende, en conjunto se les dé seguimiento a dichas falencias y se revisen periódicamente los avances para darles manejo de forma sistemática y crear las acciones requeridas para la intervención y modificación oportuna, en los diferentes comités creados en la institución.

Por lo anterior, el PAMEC y los programas nombrados corroboran ser para el Hospital Nuestra Señora de los Santos instrumentos de gestión fundamentales que facilitan la autoevaluación continua a partir de indicadores, para este caso los estándares de acreditación que apliquen a la institución y poder evidenciar el componente de auditoría, que fortalezcan además, la mejora de procesos, evidenciar y mitigar falencias y facilitar el diseño de acciones o planes de mejora para intervenir oportunamente, que en conjunto minimicen la coyuntura que existe en el hospital respecto a los niveles de la calidad observada frente a la deseada. De esta manera alcanzar la consigna de altos niveles de aprendizaje organizacional y optimizar la gestión de los procesos y servicios habilitados y claramente acrecentar la gestión en la atención, seguridad y prestación de servicios como Hospital de primer nivel, con índole a la acreditación, en servicios íntegros, seguros y de calidad que impacten significativamente en la salud de los usuarios y la comunidad.

1. ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO

1.1 ANTECEDENTES

En el documento Guías Básicas Para La Implementación De Las Pautas De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud (2007) se presenta los antecedentes del componente de auditoria de la calidad, el cual inicia mediante la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007, esta normatividad establece los imperativos en la prestación de servicios con calidad, posteriormente se establece a través del Decreto 1011 de 2006 el control y mejoramiento de todos los componentes y los niveles de calidad, este decreto define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención derivado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, su vez define las responsabilidades para los diferentes involucrados o actores del sistema.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantaran acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios (Guías Básicas Para La Implementación De Las Pautas De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud, 2007. P 15-16).

Con el objetivo de cumplir con los propósitos anteriores el Ministerio de Salud y Protección social definen las pautas indicativas de Auditoria, estas procuran indicar los lineamientos y definir los significados e torno a la implementación en todos los ámbitos de aplicación y extensión de responsabilidades de los actores del sistema. Gracias a la aplicación de estas pautas de auditoria, se ha evidenciado por parte del Ministerio de Salud y Protección social así como los actores del sistema, avances poco significativos en el desarrollo en la aplicación de las pautas de auditoria en mención, este grado de mejora también se evidencia en la experiencia con relación a la asistencia otorgada por os entes territoriales, para el

acompañamiento en la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud.

Es así como bajo este panorama que se crea la necesidad de reforzar las pautas indicativas, que son la herramientas técnica para la aplicación del modelo, con una guía metodológica y variadas herramientas que permitan en conjunto facilitar a los entes territoriales la el diseño, implementación y seguimiento de las actividades del componente de auditoria, y poder capacitar a las entidades en materia de calidad respecto a los niveles esperados en la atención de los servicios prestados a los usuarios, de esta forma poder unificar los criterios y establecer compromisos sobre los objetivos y metas regionales sobre el mejoramiento de la calidad.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el municipio de la Victoria Valle del Cauca se encuentra el Hospital Nuestra Señora de los Santos el cual como Empresa Social del Estado debe implementar de manera obligatoria, las diversas disposiciones de los entes de control y regulación, así como aquellas de voluntad e iniciativa propia como los programas que permitan mejorar y garantizar la calidad, integridad y seguridad en la prestación de los servicios de salud, donde la implementación de algunos programas, especialmente el componente de auditoria, por información preliminar obtenida de los asesores de las áreas de Control Interno y Calidad, no han logrado los resultados esperados en el transcurso del año 2017.

La aplicación de diversos programas en la nombrada entidad se han dado de forma paralela y las normatividades en la gestión pública son muy cambiantes, lo que genera en muchas ocasiones retrasos en otros procesos o en la implementación y seguimiento de programas normalizados, por lo que en el transcurso del año 2017 los jefes de procesos involucrados en las actividades establecidas en el Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), priorizaron otras actividades referentes a las funciones propias de sus cargos y a las disposiciones de auditorías externas, lo anterior genero un retraso significativo en las actividades del PAMEC según auditoría realizada en el mes de junio por el asesor de Control Interno del Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Además, hoy no es un secreto la difícil y crítica situación financiera que enfrenta la salud y la red hospitalaria del país, en el Valle del Cuaca, se han presentado casos de hospitales que se declaran en crisis financiara, esto afecta radicalmente a los

usuarios y obstaculiza el cumplimiento de los modelos, programas y acciones para mejorar la prestación de los servicios: el caso del Hospital Nuestra Señora de los Santos no es ajeno a esta situación, a pesar de que el hospital no presenta una crisis financiera significativa, prioriza la austeridad en el gasto como estrategia para evitar verse inmerso en esta situación del sistema de salud nacional, por lo que el hospital se preocupa por prestar un buen servicio aunque no cuenta con suficientes recursos, especialmente económicos.

Por lo anterior, se acrecentó la dificultad en la implementación, seguimiento y operatividad de algunos programas normalizados, dado que se frena la consecución de recursos para dar cumplimiento a requisitos de los diferentes modelos, lo que orilló al Hospital Nuestra Señora de los Santos a contratar un profesional en modalidad de contratista para implementar y mantener los modelos relacionados con la calidad, pero este por la naturaleza de su contrato no está tiempo completo en la institución, lo que genera retrasos y ralentiza ejecutar y dar seguimiento cabalmente a normatividades del Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente la adopción de Guías de Práctica Clínica según perfil de morbilidad, el programa de Humanización en los Servicios de Salud, el programa de Seguridad del Paciente, el PAMEC y demás aspectos que permiten mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de esta institución.

Esto no quiere decir que en el Hospital Nuestra Señora de los Santos no se ejecuten y gestionen estos programas, pero por los aspectos nombrados anteriormente se presentan situaciones como falta de auditorías periódicas, formalización, actualización u operatividad de los programas, dificultad o retrasos en la implementación y seguimiento a los planes de mejora y capacitaciones respecto a los hallazgos de auditorías o eventos adversos, obstáculos o cuellos de botella en la comunicación interna y externa, entre otras dificultades generadas por la dinámica de la entidad y el sistema de salud como tal.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), el programa de Seguridad del Paciente Institucional y Humanización de los Servicios en Salud, teniendo en cuenta la integridad, seguridad y calidad en los servicios de salud que presta el Hospital Nuestra Señora de los Santos?

1.4 SISTEMATIZACIÓN

- ¿De qué manera se puede tener al día el documento metodológico del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud?
- ¿Cómo materializar los resultados de la autoevaluación 2017 del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud?
- ¿Qué acción permite seguir el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente Institucional?
- ¿Qué hacer en la implementación de los lineamientos del programa de Humanización de los Servicios de Salud y el diseño de la política de comunicación interna y externa?
- ¿Qué hacer con el perfil de Morbilidad de acuerdo a las directrices de adopción de Guías y Protocolos de Práctica Clínica?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) 2017, en el Hospital Nuestra Señora de los Santos del Municipio de la Victoria Valle del Cuaca.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Actualizar el documento metodológico del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) del Hospital Nuestra Señora de los Santos.
- ✓ Ejecutar las actividades priorizadas en la matriz de acciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) de

acuerdo a los resultados de la autoevaluación desarrollada en el periodo 2017 en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

- ✓ Realizar acompañamiento a la conformidad del programa de Seguridad del Paciente Institucional en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.
- ✓ Apoyar la implementación de los lineamientos del programa de Humanización de los Servicios en Salud y diseñar la política de comunicación interna y externa del Hospital Nuestra Señora de los Santos.
- ✓ Analizar el perfil de morbilidad de acuerdo a las directrices de adopción de Guías y Protocolos de Práctica Clínica en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

1.6 JUSTIFICACIÓN

En la disciplina de la administración de empresas se presentan diversas situaciones que involucran el enfoque del mejoramiento continuo, ya que, el ritmo en el que avanza el mundo empresarial es cada vez más apresurado e inestable por aspectos como la globalización, factores políticos, económicos, tecnológicos, cambios culturales, entre otros, estos modifican las empresas al igual que los usuarios, clientes o consumidores; por ello, toda institución indiferente de la actividad que ejecute o el sector al que pertenezca, se ven inmersas en la necesidad de buscar mejorar sus productos o servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios, pues son estos la razón de ser y sostenibilidad de cualquier institución.

Situación que se relaciona directamente con la calidad cuyo concepto puede parecer confuso al no ser la calidad inalterable o fija, ya que, se encuentra permanentemente en constante cambio, por lo que las empresas que buscan la calidad aunque gocen de acreditación o certificación deben gestionar procesos de mejora continua. Por lo anterior, la calidad se convierte en una necesidad más que un objetivo, pues los usuarios o clientes son cada vez más valiosos e importantes, además, en el caso preciso de una entidad pública que presta servicios de salud estos suelen ser más exigentes, pues se está tratando con situaciones que pueden definir la integridad física y emocional e incluso la vida misma.

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido diferentes normatividades y regulaciones que se han adecuado a variados procesos y al cumplimiento de requerimientos legales, por medio de estos, las instituciones han buscado acercarse a la calidad y convertirse a su vez en referentes o modelos a seguir y claramente mejorar la prestación de servicios de salud, además, la latente crisis financiera en la salud y la coyuntura nacional en el sector público, cada día se están convirtiendo en un problema creciente y significativo para la sociedad que afecta la prestación de servicios de salud con calidad, por ello se destaca que el interés y la preocupación por la calidad no es nueva, pues en el 2006 se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) por el Ministerio de Salud y Protección social mediante el Decreto 1011, a partir de dicho sistema se han establecido diversas Resoluciones que complementan, actualizan y mejoran el decreto, el cual vislumbra dentro de sus cuatro componentes el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC).

Este sistema a su vez establece diversas herramientas y programas con la intención de complementar el componente de auditoria para mejorar la calidad, seguridad e integridad de los servicios prestados en las entidades públicas prestadoras de servicios de salud como son el programa de Seguridad del Paciente y la adherencia de Guías de Práctica Clínica según perfil de morbilidad, por nombrar algunos, así como el programa de Humanización de los Servicios en Salud esta situación ha obligado al Hospital Nuestra Señora de los Santos a tomar acciones para facilitar la implementación, mantenimiento, operatividad y cumplimiento de los requisitos legales aplicables a los programas en mención.

El presente trabajo de grado, basado en la pasantía realizada en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, emerge de la necesidad de apoyar, implementar, mejorar y dar seguimiento a las acciones y demás actividades derivadas del PAMEC, al igual que los programas nombrados anteriormente debido a que los jefes o coordinadores de procesos en el primer cuatrimestre de 2017, se enfocaron en actividades de las funciones de sus cargos que necesitaron priorizar, por lo que las acciones del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud se encontraban prácticamente sin avance desde su formulación al inicio del año. Aunque, son acciones programadas con fecha límite de un año, es decir, hasta Diciembre de 2017, su avance a la fecha debía ser coherente, evidenciado según auditoría de control interno realizada en el mes de junio, además, se presentaba la preocupación de las auditorías externas de la secretaria de salud departamental, por lo que la intervención en las actividades del PAMEC y en los nombrados se hizo necesaria.

Además se dio una importante oportunidad para poder aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica como Administrador de Empresas y abrir sendero al conocimiento aplicado y práctico, siendo este al final el que dará una base consistente para poder enfrentar la realidad diaria empresarial y social; claramente, a partir del desarrollo de la pasantía dejar un aporte a esta institución, que abre sus puertas para la ejecución de la presente pasantía, no solo el cumplimiento de las diversas normatividades en mención, si no también, mejorar la gestión y el seguimiento de estos programas dejando un impacto en menor o mayor medida en la integridad, seguridad y calidad de los servicios prestados por el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Finalmente es importante resaltar que la presente intervención en el Hospital Nuestra Señora de los Santos reviste gran importancia al contribuir en el mejoramiento de los servicios respecto a la calidad, de modo tal que le permita al Hospital Nuestra Señora de los Santos, ser más competitivo teniendo en cuenta que el hecho ser un hospital público con índole social no significa que no deba buscar los objetivos y metas gerenciales, organizacionales y financieras como lo hace cualquier empresa, los cuales aparentemente discrepan mucho de lo médico o clínico, no obstante está no es la realidad, pues la salud como tal es un servicio y en todo este contexto hay un elemento que está presente y es el de la calidad permitiendo que el hospital se proyecte a futuro y sea sostenible.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONTEXTUAL

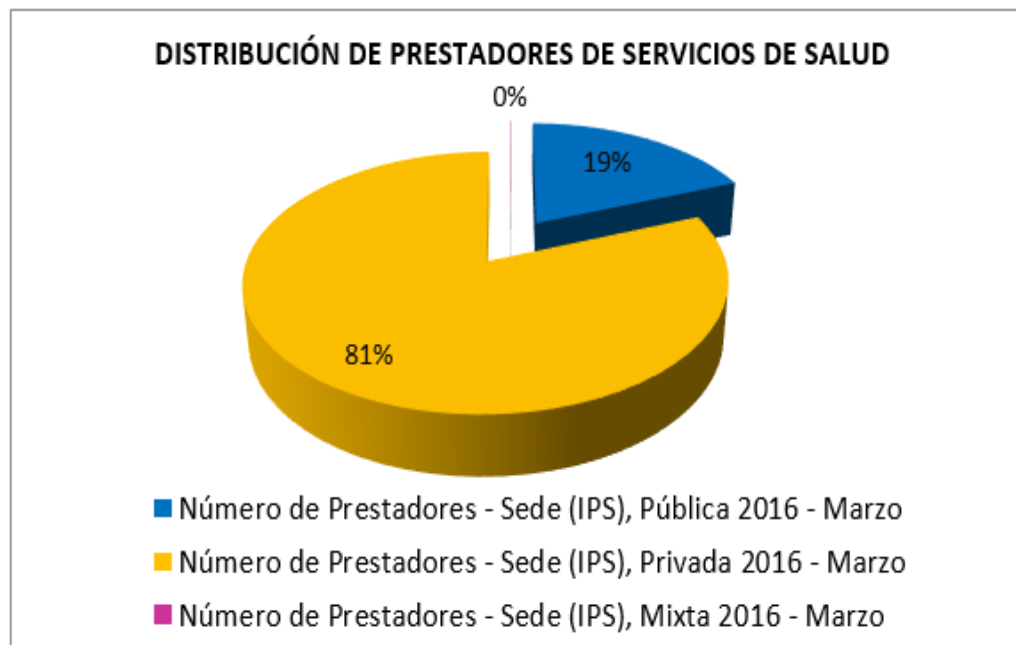
2.1.1 Reseña Histórica del Municipio

Producto de la colonización antioqueña del norte del Valle del Cauca, se estableció una población con el nombre de La Cañada el 12 de agosto de 1835 a orillas de la Quebrada los Micos. Posteriormente cambió su nombre al de San José y siguiendo indicaciones del hacendado Antonio María Delgado trasladaron la población para las orillas del Río Cauca, ya que para ese entonces la vía fluvial era la mejor comunicación existente. La población conocida en ese momento como San José pertenecía jurisdiccionalmente al municipio de El Naranjo (hoy Obando); el 23 de diciembre de 1850 fue erigida como distrito por la cámara de provincia instalada en la ciudad de Buga, cambiando su nombre por el actual. A

partir de 1910 pasa a ser parte del recién creado Departamento de Valle del Cauca (Plan De Desarrollo “La Victoria Hacia El Progreso De La Salud” 2016 – 2019, p. 8).

Los servicios de salud cuentan con un hospital de nivel I, Nuestra Señora de los Santos y seis (6) puestos de salud, uno en cada centro poblado de los corregimientos que hacen parte del municipio de La Victoria, (ubicados en Holguín, Miravalles, Taguales, Riveralta, San José, San Pedro) pertenecen a la unidad regional de Zarzal que en este mismo municipio posee el hospital San Rafael que es de nivel II, adicionalmente cuentan con tres (3) Instituciones Prestadores de Salud I.P.S., centro médico, Fundación ONG misión por Colombia y un laboratorio clínico que son de índole privado y Empresas Prestadoras de Salud subsidiadas E.P.S.s y del régimen contributivo como Nueva EPS en reemplazo I.S.S, Coomeva, Comfenalco, S.O.S, y dos empresas especiales que le brindan el servicio de Salud, a los educadores “Cosmitet” y a los agentes de Policía asentados en el municipio de la Victoria (plan de desarrollo “La Victoria hacia el progreso de la salud” 2016 – 2019, p. 17)

Ilustración 1: Distribución de Prestadores de Servicios de Salud



Fuente: SISPRO, 2016

En el sector rural existen 6 promotores de salud permanentes, para cada puesto de salud los cuales en las horas de la mañana realizan visitas domiciliarias y en las horas de la tarde atienden en el puesto de salud; los centros de salud poseen una planta física buena, pero requieren su mantenimiento.

El hospital “Nuestra Señora De Los Santos” Empresa Social del Estado de La Victoria Valle del Cauca; brinda servicios de salud en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de baja complejidad y algunas actividades de mediana complejidad para la comunidad Victoriana y su área de influencia rural como Miravalles, Taguales, y Riveralta, contando para ello con personal calificado y tecnología adecuada enmarcado dentro de la normatividad vigente, generando una cultura de servicio tendiente a un mejoramiento continuo en beneficio y satisfacción del usuario y su familia (Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016), Plan de gestión Gerencial 2016-2020, p. 5).

2.1.2 Cobertura por Regímenes de Salud

Los afiliados al sistema de salud por tipo de régimen obedecen a las siguientes cifras:

Tabla 1: Población Afiliada en Salud en el Municipio de la Victoria Valle

Aseguramiento	Cantidad de Afiliados
Población Afiliada al Régimen Subsidiado	8426
Población Afiliada al Régimen Contributivo	3347
Población Afiliada al Régimen Excepción	299
Total Población Afiliada enero 2016	12092

Fuente: Ministerio de Salud, 2016

2.2 MARCO INSTITUCIONAL

2.2.1 Reseña histórica

La Creación del Hospital se remonta al año 1947 con el nombre inicialmente de “San Gerardo” y posteriormente mediante los Acuerdos número 006 de marzo 3 de 1994, 025 de octubre 10 de 1995 y 003 de febrero 18 de 1998, se transformó en Establecimiento Público y en Empresa Social del Estado, con el nombre de Hospital “Nuestra Señora de los Santos” en honor a la virgen patrona del municipio. Hoy es una Institución del orden municipal, de primer grado de complejidad, adscrita a la Alcaldía del Municipio de La Victoria Valle.

Estructura organizativa: De acuerdo con el Plan de Gestión Gerencial (2016) la estructura organizativa del hospital está conformada por tres grandes áreas, estas son:

- **Área de dirección y gerencia:** La cual está conformada por una junta directiva y un gerente elegido por un periodo fijo de cuatro (4) años.
- **Área de prestación de servicios:** Integrada por las unidades funcionales de la institución como atención médica, odontología, enfermería, apoyo diagnóstico, programas.
- **Área de apoyo logístico:** A la cual pertenecen prácticamente los servicios administrativos de la entidad como lo es la subgerencia, conformada por las áreas de recursos financieros, archivo e historia clínica, farmacia y almacén y servicios generales, entre otras (Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016), Plan de gestión Gerencial 2016-2020, PP. 23-24).

2.2.2 Principales actividades

El portafolio de servicios de la Institución contempla las siguientes actividades de baja y algunas actividades de mediana complejidad de la siguiente forma: Prevención de la enfermedad y promoción de la salud, plan de atención básica en salud (PAB), consulta médica general, urgencias, hospitalización, odontología, laboratorio clínico, atención de partos, servicio de apoyo diagnóstico, fisioterapia y terapia respiratoria, Psicología, vacunación, atención primaria en Salud, Servicio

farmacéutico y transporte asistencial básico (TAB) (Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016), Plan de gestión gerencial 2016-2020, p. 25).

2.2.3 Direccionamiento Estratégico

Misión

El Hospital Nuestra Señora de los Santos E.S.E brinda servicios integrales de salud de baja complejidad con calidad y tecnología, a través de una gestión financiera eficiente, con un equipo humano calificado con actitud de servicio, que contribuye al mejoramiento en las condiciones de salud del área de influencia, proyectándonos hacia el ámbito familiar y comunitario, con énfasis en atención primaria en salud.

Visión

Ser una institución de salud reconocida en la región por su calidad y atención humanizada en la prestación de los servicios de primer nivel de complejidad, a través de acciones enmarcadas en el mejoramiento continuo de los procesos, seguridad del paciente y responsabilidad social, para impactar positivamente en el desarrollo del área de influencia.

Valores éticos de la institución

Constituyen las cualidades que se debe otorgar a formas de ser y de actuar que las hace deseables como características nuestras y de los demás, por cuanto posibilita construir una convivencia gratificante en el marco de la vigencia de los Derechos Humanos.

Tanto el personal administrativo como el de servicios del Hospital Nuestra Señora de los Santos, exhortan los siguientes valores para conformar el Código de Ética de la Institución hospitalaria y se comprometen a aplicar en forma estricta en el comportamiento diario dentro y fuera de la institución; a saber:

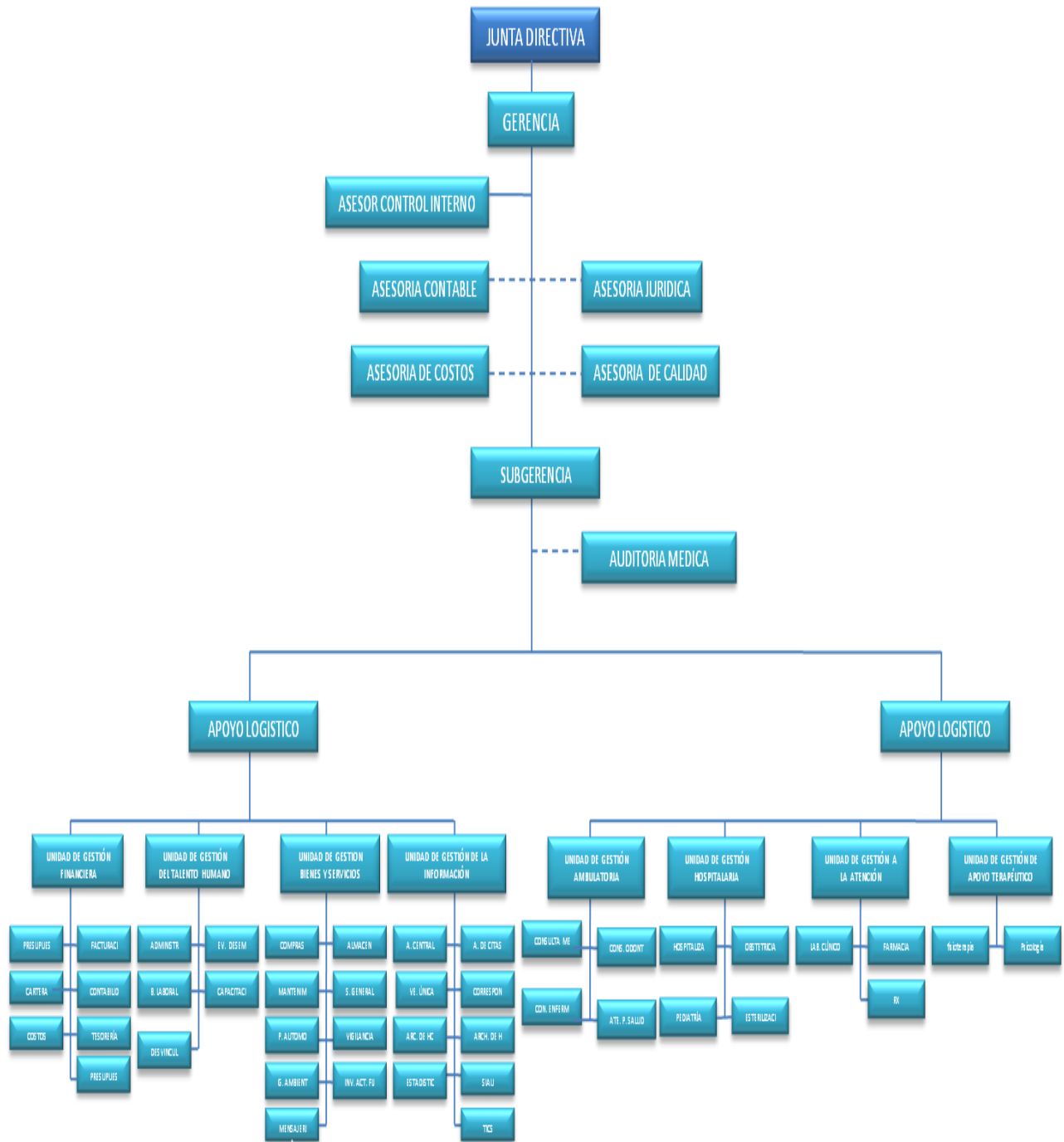
- **Respeto:** Los servidores públicos del Hospital de Nuestra Señora de los Santos conocen el valor propio honrando el valor de los demás, conscientes que el respeto no se exige sino que se gana con dignidad.

- **Responsabilidad:** Corresponde a los servidores públicos del Hospital cumplir con las funciones o actividades propias de su cargo o desempeño; responder por acción u omisión, de manera solidaria, por los hechos en que incurra por sus actos. Hay que asumir las consecuencias que se deriven de las acciones u omisiones en el ejercicio de las actividades que se desarrollen.
- **Prudencia:** Los servidores públicos del Hospital tendrán la virtud de impedir que el comportamiento sea ciego e irreflexivo en las múltiples situaciones que deba sortear. Se caracterizará por actuar con cautela, lo cual es resultado del propio valor que le dan a la vida, a la de los demás y en general a todas las cosas que vale la pena proteger.
- **Tolerancia:** Los servidores públicos del Hospital tendrán la virtud de expresar la pacífica coexistencia de las más diversas formas de ser y de pensar, Cada miembro del hospital garantiza el ejercicio de la convivencia pacífica y el respeto mutuo entre las personas
- **Sentido de Pertenencia:** Es sentirse parte de un grupo, una sociedad o de una institución. (Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016). Direccionamiento estratégico: Plan de desarrollo “La victoria hacia el progreso de la salud” 2016 – 2019, PP. 53-55).

2.2.4 Organigrama

A la fecha, el Hospital Nuestra Señora de los Santos cuenta con un organigrama actualizado en el año 2016, ya que su estructuración se realizó en el año 2006 y no se adaptada a las realidades de la institución. De hecho existían muchas dependencias o áreas las cuales no eran funcionales, además de que eran necesarias para su normal funcionamiento. Con el fin de brindar una breve contextualización, se retoma el organigrama de la institución.

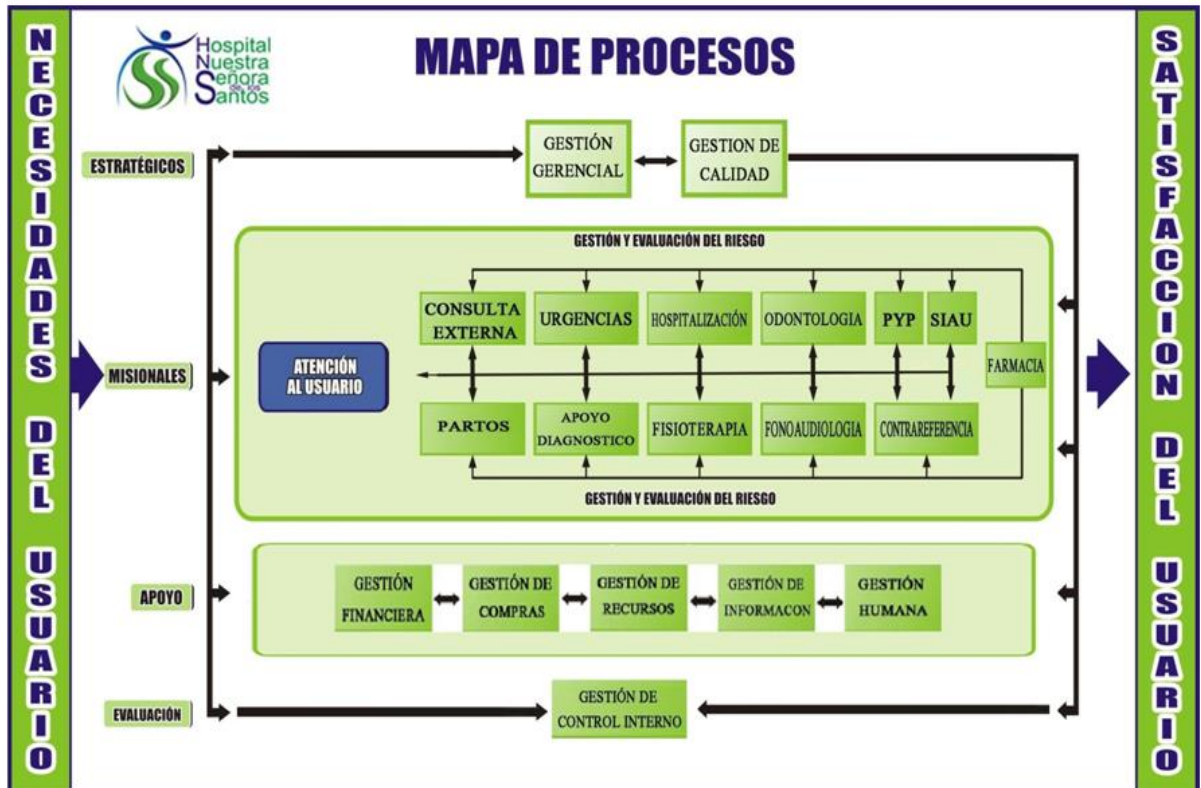
Ilustración 2: Organigrama Hospital Nuestra Señora de los Santos



Fuente: Plan de desarrollo Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2016.

2.2.5 Mapa de Procesos Institucional

Ilustración 3: Mapa de Procesos del Hospital Nuestra Señora de los Santos



Fuente: Plan de desarrollo Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2016.

2.1 MARCO LEGAL

A continuación se exponen los aspectos legales que se relacionan con el estudio desarrollado, para ello se retoma las siguientes leyes, decretos y resoluciones.

Tabla 2: Descripción, aplicabilidad y cumplimiento de los aspectos legales del proyecto

LEY	DESCRIPCIÓN	APLICABILIDAD	CUMPLIMIENTO
Conpes Social 091 de 2005	"METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015"	En la búsqueda de un compromiso universal firme para alcanzar el desarrollo, Colombia y 188 naciones más, acordaron en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, ocho Objetivos de Desarrollo de largo plazo, con la coordinación de Naciones Unidas, el Banco Mundial, el FMI y la OCDE. Dentro de esos objetivos que se definieron se encuentran algunos que involucran las entidades prestadoras de servicios de salud, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, el compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio hace que las entidades públicas o sociales del estado, en el caso del Hospital Nuestra Señora de los Santos, se apliquen y den cumplimiento a los programas y normas que se crean con el fin de alcanzar dichos objetivos.	Al dar cumplimiento a las disposiciones de los ministerios y entes de control relacionados directamente con entidades públicas y sociales del estado, se está aportando al cumplimiento de los objetivos del milenio y de las metas planteadas por el departamento nacional de planeación y los ministerios y entes de control involucrados.
Constitución política de Colombia de 1991, Artículo 48	La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.	El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. Es un aspecto macro que está fundamentado en leyes de obligatorio cumplimiento, prestando servicios a todos los usuarios, por lo que el campo de aplicabilidad es en todos los servicios de la entidad como empresa social del estado.	El Hospital como entidad pública se esfuerza por garantizar a todos sus usuarios el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, en este caso, en la dimensión de la salud. Es un aspecto fundamental que abarca toda la institución y se le da el manejo adecuado al prestar servicios de calidad tanto a usuarios subsidiados como para aquellos que cotizan.
Constitución política de Colombia de 1991, Artículo 49.	La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.	Se puede inferir que este artículo hace parte de los aspectos misionales y fundamentales del hospital como empresa social de estado, procurando el cuidado integral de la salud de la comunidad como hospital de primer nivel	Para dar cumplimiento a lo establecido en el presente artículo el hospital da cabal aplicabilidad a las leyes, decretos y diferentes normatividades que establecen los entes de control, como el sistema de seguridad social integral, el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, la implementación de la norma técnica NTCGP 1000, Implementación del MECI. Entre otros aspectos.

<p>Ley 100 de 1993</p>	<p>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. El SSSI es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.</p>	<p>A partir de la vigencia de la presente ley, el hospital nuestra señora de los santos, como entidad pública, debe velar por garantizar las prestaciones de salud a todos los usuarios tanto afiliados a sistemas de salud privado, como para quienes no tienen la capacidad económica de hacerlo, regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en primer nivel de atención, lo que aplica e involucra todos los servicios de la entidad</p>	<p>El Hospital Nuestra Señora de los Santos, enfoca todos sus recursos económicos, tecnológicos y humanos para prestar óptimos servicios de salud como hospital de primer nivel de complejidad, habilitando todos sus servicios como tal y así dar cumplimiento a los objetivos del sistema general de seguridad social en salud.</p>
<p>Ley 152 de 1994</p>	<p>Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.</p>	<p>Mediante la presente ley, la gerencia del Hospital Nuestra Señora de los Santos tiene la guía para elaborar, aprobar, ejecutar, dar seguimiento, evaluar y controlar los planes de desarrollo como entidad territorial de organismo público, de forma anual, que debe cubrir todos los procesos y servicios del hospital y priorizar en aquellos que presentan falencias o riesgos.</p>	<p>el Hospital Nuestra Señora de los Santos, para la vigencia del presente año, dentro del plan territorial se establecieron los objetivos estratégicos y gerenciales al igual de los programas y subprogramas donde se priorizan aspectos de la calidad con el objetivo de mejorar cada vez más los servicios prestados, allí se destaca Mejoramiento de la humanización en el servicio de Salud, los programas, de seguridad del paciente (programas que hacen parte de los objetivos planteados del presente trabajo), Fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión, entre otros.</p>
<p>Ley 715 de 2001</p>	<p>Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.</p>	<p>El congreso de la república, establece leyes para modificar o actualizar aquellas que están perdiendo vigencia por su antigüedad o por cambios de diferentes factores, esto con el objetivo, en este caso, de mejorar la prestación de servicios de salud, al cual desde la fecha de expedición, las entidades públicas deben acatar y dar cumplimiento y así mejorar los servicios de salud prestados por el Hospital Nuestra Señora de los Santos.</p>	<p>El Hospital Nuestra Señora de los Santos, debe dar cumplimiento a toda normatividad exigida por los diversos entes de control que regulan las entidades públicas de salud, sin perjuicios a asignadas en otras disposiciones. En este caso, se dictan nuevas competencias del sector salud, de acuerdo con la diversidad regional, así como la distribución de competencias y recursos, incluyendo el sector público, donde el hospital da cumplimiento de acuerdo a las auditorías tanto externas e internas, de lo contrario se someterían a multas o sanciones.</p>
<p>Ley 872 de 2003</p>	<p>Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios.</p>	<p>Como entidad pública, el sistema de gestión de la calidad es de obligatorio cumplimiento, la cual tiene una aplicabilidad en toda la institución, siendo la calidad transversal en todos los procesos, además, la gerencia del hospital se compromete con el sistema de gestión de la calidad, que actualmente tiene la entidad, manteniéndolo, revisándolo y perfeccionándolo de acuerdo con lo dispuesto en la LEY.</p>	<p>Para el Hospital Nuestra Señora de los Santos, La gestión de la calidad es fundamental, tanto así que dentro de su estructura organizacional el área de calidad hace parte del grupo de asesorías de gerencia, además la entidad cuenta con un SGC en funcionamiento y constantemente revisado y actualizado.</p>
<p>Ley 1122 de 2007.</p>	<p>Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.</p>	<p>Toda reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe ser acatada y cumplida por el Hospital Nuestra Señora de los Santos, pues con la ley 100 se crea este sistema de obligatorio cumplimiento que involucra todos los servicios de la entidad.</p>	<p>La presente normatividad tiene como objetivo mejorar la prestación de los servicios, aspecto que dentro de la institución es de relevancia, pues constantemente se realizan auditorías internas y rondas para alcanzar los objetivos de satisfacción de los usuarios, lo cual ratifica la oficina se SIAU, respecto a las PQRS.</p>

<p>Decreto 4110 DE 2004</p>	<p>Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Adoptase la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003</p>	<p>Desde la ley 100 se han creado leyes con el objetivo de mejorar los servicios de salud, la ley 872 de 2003 fundamenta la creación de sistemas de gestión de calidad en entidades públicas, por lo cual con este decreto se fundamentar una norma de un SGC específicamente para entidades públicas, por lo cual la gerencia del Hospital Nuestra Señora de los Santos, apoyo la aplicación y cumplimiento del SGC basado en la presente norma técnica y sigue velando para el sistema continúe siendo funcional y actualizado, cabe destacar que con el nuevo SIG esta norma será derogada.</p>	<p>El Hospital actualmente cuenta con una asesora de calidad, esta a su vez cuenta con un equipo con el cual se gestiona la calidad en la institución y se da cumplimiento a las diferentes disposiciones y normatividad de los entes de control, por lo cual es SGC es funcional y consta mente revisado y en su defecto actualizado.</p>
<p>Decreto 943 de 2014</p>	<p>Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)</p>	<p>Transcurrieron 9 años desde que el decreto 1599 creara el MECI, años en los que las entidades han realizado acciones para su implementación y evidenciado acciones de mejora de fortalecimiento del Sistema de Control Interno. El Modelo se implementó a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, el cual hace parte integral del presente decreto, y es de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado, como una herramienta fundamental de control, la implementación y sostenimiento del MECI en el Hospital Nuestra Señora de los Santos es parte fundamental del quehacer diario cumpliendo con la normatividad a la que hace referencia y el segundo lugar como herramienta de control a la gestión institucional.</p>	<p>La oficina de control interno se realiza auditorías internas, seguimiento a los diferentes entes de control, a los planes de mejoramiento y trabajar en la armonización con el área de calidad.</p>
<p>Decreto 2309 de 2002</p>	<p>Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El presente decreto define además, los cuatro componentes del SOGCS los cuales son: El Sistema Único de Habilitación (SUH), El Sistema Único de Acreditación(SUC), La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC), El Sistema de Información para la Calidad (SIC).</p>	<p>El presente decreto continua ratifican los esfuerzos del estado por mejorar la calidad de los servicios de salud, entendiéndose como como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario, lo cual aplica a todos los servicios habilitados por el hospital NSS.</p>	<p>Como los demás aspectos que involucran la calidad, para el hospital es de suma importancia, mantener actualizado y dar cumplimiento a todos los requisitos de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud, teniendo en cuenta que este 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, dando cumplimiento a cada uno de estos mediante el área de cálidas y el comité calidad.</p>
<p>Decreto 1011 de 2006</p>	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Siendo este decreto el que continua con vigencia actual, fue el que actualizo el decreto 2309 de 2002, le da mayores facultades a la calidad dentro de las instituciones prestadores de servicios de salud y ratifica su obligatoria aplicación y cumplimiento.</p>	<p>Para el Hospital, como entidad prestadora de servicios de salud, es fundamental las cinco características definidas en el presente decreto respecto al SOGCS, teniendo en cuenta que se prioriza en todos los servicios, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, con el objetivo de dar cumplimiento al decreto y mejorar la calidad de los servicios aplicado a todos los servicios de la institución, estos son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.</p>	<p>El área de asesoría de la calidad trabaja en la continuidad del SGC, y la gestión de todos los aspectos normativos que deben aplicarse, respecto a la calidad, por lo cual se da cumplimiento a los cuatro componentes del SOGCS y a su vez a los cinco características que dicho sistema se debe destacar, dando pertinencia a todas las disposiciones de los entes de control, dentro de estos cuatro componentes se encuentra el PAMEC, uno de los objetivos planteados en el presente trabajo de grado, al cual se le dio cabal cumplimiento con la ayuda de los jefes de proceso y gerencia.</p>

Resolución 2003 de 2014.	procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.		
Resolución 1446 de 2006.	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.		
Resolución 1445 de 2006.	Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Y se adoptan los manuales de estándares Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	En general, estas resoluciones permiten realizar un monitoreo de la calidad en las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, todas estas relacionadas directamente con el SOGCS, establecido mediante decreto 1011 de 2006. Por lo que estas resoluciones se establecen con el objetivo de mejorar el nombrado sistema con enfoque en prestar cada vez mejores servicios íntegros y de calidad.	Gracias al área de calidad se da cumplimiento a las presentes resoluciones especificando el tipo de entidad y la complejidad de los servicios que presta, como Hospital de primer nivel al que pertenece es Hospital Nuestra Señora de los Santos. Por lo que se trabaja en las especificaciones de la entidad.
Resolución 256 de 2016.	Es la resolución por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.		
Resolución 0123 de 2012.	Por la cual se modifica el artículo 2° de la Resolución 1445 de 2006		
Resolución 1043 de 2006.	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones		

Fuente: Elaboración Propia, 2017.

3. Marco de Referencia Teórico Conceptual

Según la Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud (2007) el enfoque sistémico es en esencia la aplicación de la teoría general de sistemas a cualquier disciplina, por lo que la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, radica o se fundamenta bajo los criterios establecidos en la teoría en mención, de esta existen números escritos, textos y estudios que abordan esta teoría, sin embargo los estudios del biólogo Austriaco Ludwing Von Bertalanffy le atribuyen ser uno de los padres fundadores de la teoría de sistemas,

Los conceptos propuestos por Bertalanffy pueden ser resumidos en que existen modelos, principios y leyes que pueden ser generalizados a través de varios sistemas, sus componentes y las relaciones entre ellos. “La integración y la separación representan dos aspectos fundamentalmente diferentes de la misma realidad, en el momento en que se rompe el todo se pierde alguna de sus propiedades vitales, Bertalanffy (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 18).

Por ello se puede decir de manera general que la teoría de sistemas pretende representar la relación y proximidad que existen entre las partes de un sistema o conjunto y el efecto que tienen uno de sus elementos o de sus partes sobre todo el conjunto, se inicia entonces el enfoque analítico de los sistemas y el estudio de los efectos causales, esto al ver el sistema desde una perspectiva global e integradora de todas las partes que le componen y sobre todo, la importancia de sus relaciones entre sí, de manera que si se afecta un elemento del sistema, este se verá afectado en su totalidad, al buscar un objetivo global. Además, con base a los avances de la teoría de sistemas se empezó a nombrar el enfoque sistémico tradicional, a los estudios más vetustos basados en la teoría general de sistemas, fue entonces:

Hacia el año 1956 que el profesor Jay Forrester en el MIT, reconociendo la necesidad de desarrollar nuevas ideas en la forma de aproximarse a los sistemas sociales desarrolla el concepto de **pensamiento sistémico**, que es una forma de abordar el análisis de los sistemas de una forma diferente, la diferencia fundamental con el pensamiento tradicional es la forma como se hace el proceso de análisis (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 22).

El enfoque tradicional de la teoría de sistemas, como se nombró anteriormente, estudia solo las partes del sistema que conforman un todo, mientras que en el nuevo enfoque estudia las interacciones de las partes que constituyen el sistema, este nuevo enfoque además amplía el campo de aplicabilidad a lo social y económico, cambiando el pensamiento lineal por circular, por lo que no hay ni un inicio determinado ni terminación explícita; en esencia el concepto del pensamiento con enfoque sistémico, resalta los estudios de causa y efecto de los sistemas, al estar interconectados los elementos que lo conforman, es así como la teoría de sistemas aplicada al auditoria la calidad de la atención en salud supone una integración de otras teorías como:

El concepto de “retroalimentación” de la cibernética, que muestra como los actos pueden reforzarse o contrarrestarse (equilibrarse) entre sí. Se trata de aprender a reconocer tipos de “estructuras” recurrentes, es decir, promueve el ver los patrones más profundos que subyacen a los acontecimientos y los detalles, y la teoría del “servomecanismo” procedente de la ingeniería, que se remonta al siglo XIX (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 23)

De esta manera, en pensamiento sistémico, pretende observar los sistemas o situaciones desde sus relaciones pero no solo en forma lineal sino también de manera dinámica, es decir, cada elemento del sistema no se afecta en un orden específico o lineal lo que además permite observar y analizar los cambios que sufren los procesos y no solo una instantánea del momento.

El enfoque sistémico, incluye otros conceptos desarrollados en la cibernética organizacional, como la llamada cibernética de segundo orden, la cual se propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad y el de homeostasis, entendida como la estrategia de un sistema que le permite mantener su equilibrio interno ante cambios en el entorno (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 24).

Pues al mejorar o reforzar uno de los elementos o partes que conforman el sistema y que presentan falencias o inconvenientes, permitirá equilibrar todo el sistema, de esta forma se pretende observar a las organizaciones más allá que cada uno de sus elementos o partes que lo conforman, este cambio de enfoque bajo la configuración de los conceptos nombrados devengados de la teoría de sistemas, tiene una relación directa con la auditoria y estos se deben tener en cuenta al precisar o diseñar sistemas que busquen alcanzar resultados establecidos, aspecto relacionado directamente con la auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Es así pues, que estos conceptos y la sinergia de las nombradas teorías son la base del modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, establecido como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, donde su aplicabilidad debe ser entendida y gestionada bajo el concepto de auditoría integral sistémica, de acuerdo a los nuevos planteamientos de la teoría de sistemas y el pensamiento sistémico.

La auditoría integral sistémica es un concepto que incluye y supera las prácticas y discursos tradicionales de auditoría. Los tipos de control que se utilizan no son previos o posteriores sino en tiempo real; esta perspectiva le permite intervenir oportunamente en los sistemas y ejercer la mejor prevención, que es la de estructurarlos de forma que cumplan con el propósito para el que fueron diseñados (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 27).

Este nuevo concepto se plantea por los procesos complejos que estaban presentando las organizaciones bajo la primicia de los conceptos de auditoría tradicional y la auditoría integral que le anteceden, pues si bien es cierto que las auditorías se aplicaban bajo parámetros establecidos, se criticaba que las auditorías no agregando algún valor diferencial a el mejoramiento de las funciones y el desempeño de los procesos, en su momento solo permitían o se enfocaban en cumplir aspectos normativos establecidos previamente, mientras que el nuevo enfoque de auditoría funciona eficiente mente sobre la marcha lo que permite mejorar o rediseñar adoptando medidas efectivas al identificar condiciones en los hallazgos o detección de fallas.

De esta manera en síntesis, la evaluación de la teoría de sistemas, la integración de las teorías de la cibernética y servomecanismo y la evolución e integración de los conceptos del enfoque sistémico, pensamiento sistémico y la auditoría integral sistémica; permitieron atribuir los procesos de análisis de los sistemas, organizaciones o procesos como tal y establecer o desarrollar las relaciones en el ejercicio de la auditoría aplicada, especialmente a las instituciones de la salud, las cuales a su vez, también sufrieron un proceso de evolución de la auditoría tradicional con un enfoque más normativo, y la auditoría integral, con un enfoque más aplicativo al rediseñar o reestructurar con base en los hallazgos y los resultados deseados.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud normada en el Decreto 1011 de 2006 es un modelo de auditoría integral sistémica; es entonces, un proceso reflexivo que trabaja con base en la idea de que todos participan en una conversación sobre la efectividad del sistema. No se le hace algo “a” la institución, sino que hace algo “con” ella, pasa a ser una tarea de colaboración. No se trata simplemente de un nuevo método, de una nueva escuela, sino de un nivel de análisis diferente, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad. Puede decirse, entonces, que la Auditoría para el

Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud con este enfoque tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

Por todo lo anterior, mientras que para la auditoría vista con el enfoque tradicional el eje del procedimiento era la inspección solitaria, silente y suspicaz de los papeles de trabajo, el modelo actual se centra en las entrevistas, el diálogo y un conocimiento más amplio acerca de la institución. Análogamente, respecto a lo que constituye el fin de la auditoría, el informe final, la auditoría integral sistémica considera que los informes deben ser comunicativos y aportar a la organización, pues el mejoramiento de la misma y no el informe es el verdadero propósito de la auditoría (Ministerio de la Protección Social (2007), Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. P 30).

Es así como el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) devengado del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud y establecido por el Decreto 1011 de 2006, se fundamenta bajo la teoría general de sistemas así como la evolución de algunos conceptos o enfoques por los diferentes estudios al paso de los años y de las necesidades que se presentaban, cabe destacar que el Ministerio de Salud y protección social ha creado una serie de guías y manuales como complementes a sus disposiciones y exigencias normadas, donde establecen aspectos relevantes para la gestión e implementación de los sistemas y programas como Humanización de los Servicios en salud y Seguridad del Paciente institucional, estos a su vez fundamenta los programas y dan razones explícitas de su articulación y aplicación en la salud, pues algunos de estos no abordan una teoría explícita.

3.1.1 Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud SOGCS

De acuerdo a la Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS (2011) establecido por el Ministerio de la Protección Social, uno de los propósitos básicos del SOGCS, plantea que las entidades del sector de la salud cuentan con un sistema propio para dar operatividad al componente de auditoría, este a su vez, define un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que faciliten la mejora y mantenimiento de los niveles de calidad de los servicios de salud en el país. Esto explica la razón por

la cual en el sector de la salud se utilizan variadas metodologías específicas y porqué la calidad en la salud se orienta más hacia los resultados generados en la atención, que hacia simples especificaciones o requisitos de los procesos, estos últimos constituyen prerrequisitos pero no la finalidad de la calidad en la salud.

El decreto 1011 de 2006 define los componentes que configuran el sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud (SOGC), establecidos en la Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (2011):

- La habilitación, que conforman el conjunto de requisitos de los servicios de cada institución, condiciones mínimas de seguridad, manejo del riesgo y de dignidad para usuarios, a partir de evaluaciones externas, obligatorias y gubernamentales. Si el cumplimiento de estos requisitos no se puede habilitar ni contratar servicios de salud.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad, establecida como una herramienta que permite poner en marcha el componente de auditoría dentro de la institución, mediante la evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares predefinidos en materia de calidad, siendo estos los básicos en el Sistema mencionado anteriormente.
- La acreditación en salud, se presenta como un conjunto de instituciones, estándares y acciones o actividades de apoyo a los procesos de autoevaluación, mejoramiento de los niveles de calidad y evaluación externa, con el ánimo de evidenciar y evaluar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de entidades voluntariamente vinculadas a este tipo de procesos.
- Finalmente, el sistema de información para la calidad, establecido como el acceso a la información acerca de las características del sistema disponible tanto para instituciones del sector como para usuarios, para estimular la contención de la calidad, de manera que estos puedan ejercer sus derechos y deberes correctamente y tomar decisiones con argumentos e información suficientes.

3.1.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

La auditoría se define, según la Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS (2011), creada por el Ministerio de la Protección social, como un componente, dentro del SOGCS, relacionado con el mejoramiento continuo al evaluar periódicamente los estándares de calidad a partir de un mecanismo sistémico, estos estándares deben ir de la mano con la acreditación y superior a los que se determinan como básico.

3.1.2.1 Estructura componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud

La estructura del componente de auditoria, según la Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS (2011) da operatividad a este Programa, siguiendo la ruta crítica así:

Ilustración 4: Ruta crítica para el desarrollo del PAMEC



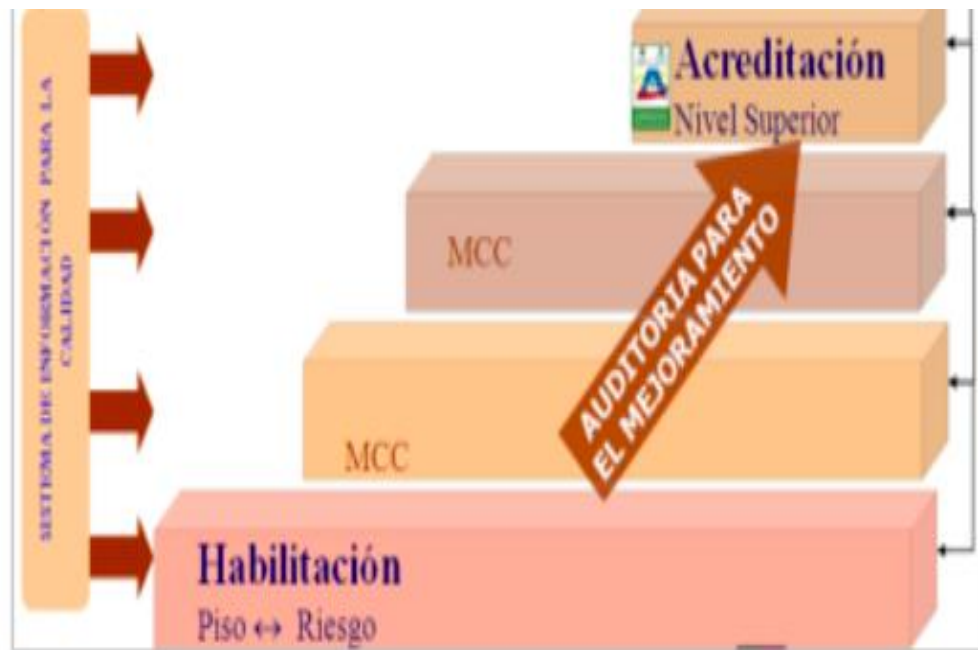
Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2011.

- Primer paso: autoevaluación
- Segundo paso: selección de procesos a mejorar
- Tercer paso: priorización de procesos a mejorar:
- Cuarto paso: definición de la calidad esperada:

- Quinto paso: medición inicial del desempeño de los procesos – identificación de la calidad observada:
- Paso sexto, séptimo y octavo: formulación, implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento:
- Noveno paso: aprendizaje organizacional

3.1.2.2 Articulación del componente de auditoría para el mejoramiento con los demás componentes del SOGC

Ilustración 5: Articulación del componente de auditoría con los demás componentes del SOGCS



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2011.

Tal como se observa en la gráfica el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad parte del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación e incorpora la información de los indicadores del sistema de información para la calidad con el objeto de ir verificando la implementación de las condiciones de calidad, que paso a paso, puede llevar a alcanzar los estándares del sistema único de acreditación.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad es la herramienta para Identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada, a través de la verificación del continuo de la atención clínico – administrativa del paciente y su familia con el fin de promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud. (Ministerio de la Protección Social (2011), Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS, P.16-17).

3.1.3 Humanización de los servicios en salud

El anexo técnico calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes (2014) es un las de las guías más recientes respecto a la Humanización de los Servicios en Salud, establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, basada en los grupos (GNNA) mujeres gestantes, niñas, niños, adolescentes, donde se destaca la I Cumbre de las Américas en 1994, pues allí se estableció uno de los principios dirigentes del sector salud, buscar el mejoramiento de la calidad de los servicios en salud, uno de los primeros pronunciamientos frente a los servicios de la salud esto paralelamente junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la prestación de estos servicios.

Colombia desarrolla una Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia y los desarrollos técnicos en relación con la atención a infancia y adolescencia, en el marco de la política el Ministerio de Salud y Protección Social comprende la calidad y humanización de la atención como una primicia e imperativo ético, el cual debe resultar especialmente del respeto por la dignidad humana, lo que lo convierte es un aspecto que trasciende más allá de la atención prestada, la humanización pasa a ser parte del engranaje social y el deber como ciudadanos, haciéndose necesario reconocer y analizar las implicaciones que la atención de salud tiene en la vida de las mujeres gestantes, niñas, niños, adolescentes (GNNA) y sus familias, de manera que permita realizar siguiendo y gestionar las situaciones presentes por cada individuo, ya que éstas son el reflejo irrefutable de la calidad y humanización de la atención integral en salud que presta determinada institución refiriendo al compromiso social como ciudadanos y que la atención no sea solo una instantánea física, se involucra aspectos, sociales, culturales, económicos entre otros.

En este mismo anexa del que se hace referencia, se especifica la relación que existe entre la calidad y la humanización, el cual se convierte en un imperativo ético de la atención en salud más que en el cumplimiento de requisitos normados, de esta

manera la calidad y humanización hacen referencia a la obligación que tienen los las figuras que intervienen en dicha atención de garantizar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad en la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, siendo estos los más vulnerables en diferentes aristas especialmente la salud donde se respetar siempre la condición y dignidad humana, se resalta entonces la importancia reviste, aspecto que diferencia la atención humanizada, el reconocer el contexto socio cultural de cada individuo y la diversidad poblacional y territorial particular del desarrollo de determinada comunidad o población.

Finalmente cabe destacar en Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA (2015) la definición de unas características o atributos de la calidad, que se deben garantizar durante el proceso de atención en salud, relacionados con un enfoque más humano, estos atributos se crean según normatividad nacional vigente y son:

- **La accesibilidad** la cual hace referencia a la facilidad para acceder a los diferentes servicios y las atenciones que ofrece determinada institución en salud, sin presencia de ningún tipo de barrera, estas requeridas según la condición individual del ciudadano, esto quiere decir que la garantía del sistema de salud debe gestionar los mecanismo adecuados para que todos los usuarios puedan acceder a los servicios de salud, pero esta atención debe estar acompañada de garantías en el mantenimiento y óptimas condiciones de los servicios.
- **La oportunidad** tiene relación directa con la atención oportuna, esta se debe identificar e intervenir en el momento apropiada a la gestante, el recién nacido los niños y las niñas, que puedan gozar de las diferentes atenciones, intervenciones, medidas de detección temprana y protección específica para su condición que garantice la promoción y prevención.
- **La Pertinencia** se refiere a la garantía de la atención, que reciben los usuarios, requerida y necesaria para la condición que se presente, relacionadas con los conocimiento del personal asistencial, equipos médicos, instalaciones y demás recursos para garantizar el derecho el derecho de la salud, que además permitan ejecutar la debida gestión del riesgo, de acuerdo a las condiciones individuales y clínicas requeridas.

- **La Seguridad** establece la necesidad básica de prestar servicios seguros evitando fallas o de eventos adversos en la atención, esto mediante la gestión de mecanismos y acciones preventivas en la prestación de los servicios, de esta manera poder asegurar disminución del riesgo que se presente por fallas y que puedan afectar o poner en peligro la integridad y la vida de los pacientes, especialmente las gestantes, recién nacidos, niños y niñas menores de diez años que demandan los servicios de salud.
- **La Continuidad** implica que los servicios de salud se deben presentar y ejecutar bajo un orden secuencial y cronológico en la detección y la protección específica, promoviendo la prevención y promoción, además, estos servicios deben ser los requeridos con base a las condiciones particulares de los usuarios, enfatizando así en disminuir el riesgo para lograr los resultados deseados.
- **La humanización** se presenta como la condición esencial y la consiga del servicio que garantice que a todos los usuarios el derecho adecuado a la salud y promoviendo que la atención dada a los usuarios, especialmente las mujeres gestantes, niños y niñas parta del respeto a la dignidad y bajo aspectos de condición humana individual, como sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que configura y hace única a cada persona.

3.1.4 Seguridad del paciente

En la guía, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente (2008), creada por el Ministerio de la Protección Social, se enfatiza como en Colombia se ha impulsado una Política de Seguridad del Paciente, bajo los parámetros establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud centrando la atención en el usuario cuyo objetivo esencial radica en la prevención de la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad de los pacientes gestionando además, estrategias para poder reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos y poder contar con instituciones seguras y competitivas nacional e internacionalmente.

Por ello se debe tener en cuenta que tanto la salud como las practicas medicas han alcanzado niveles de desarrollo complejos, algunas prácticas dan un reconocimiento a Colombia frente a las instituciones homologas de otros países, como los programas de trasplante de órganos y tejidos, a pesar de estos avances

en la medicina en Colombia también presentan o se acompañan por riesgos presentes en los procedimientos por la complejidad de los mismo, esto no significa que necesariamente haya una intención de daño por parte de los funcionarios de la salud, pues generalmente existe un entendimiento o razón de las situaciones que general situaciones maleables, ya que por la complejidad de los procedimientos, que supone que algún factor pueda salir mal, aspectos no siempre atribuibles a la negligencia médica, más bien aplicables a errores en la ejecución de estos procedimientos en la atención en salud, situaciones que puede repercutir negativamente en el paciente, generando los llamados eventos adversos.

Así pues, se hace necesario con intensidad de garantizar procedimientos seguros, la participación e intervención de los actores involucrados en la salud, pues a la ocurrencia de un evento adverso se genera afectación en doble sentido, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, al ser este último señalado como culpable, esto al no detenerse que no presento una intención de daño se debe analizar un fallo en la cadena de la atención y demás aspectos o factores relacionados, pueden propiciar condiciones para la aparición de eventos adversos, por este motivo la seguridad del paciente implica necesariamente la evaluación y gestión permanente de los riesgos asociados y factores que propicien la aparición de algún riesgo en la atención en salud respondiendo en la seguridad de los servicios necesaria.

Finalmente en la Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud se destaca el reporte “Errar es humano” que aunque en el mundo entero, hayan diversos estudios relacionados con la seguridad del paciente y las fallas en la práctica médica, es el escrito en mención, creado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, el que hoy más se reconoce en relación a la seguridad del paciente, pues fue este escrito el que abrió las puertas para iniciar los movimientos a nivel mundial por la seguridad de los pacientes, esto como respuesta de una situación mundial que se presenta como un problema considerable que afectaba fuertemente en la salud “en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy llamado programa de Seguridad del Paciente de la OMS” (Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión).

Esta alianza invito a los países a gestionar estrategias para evitar fallas que pueden ser prevenibles en la atención en salud y fue a partir de allí, que se han generado, en diferentes países, avances importantes y acciones considerables para disminuir o evitar la problemática que se estaba presentando, esto genero variadas

publicaciones en materia de seguridad del paciente que abordan la problemática y presenta alternativas o las soluciones posibles.

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.⁷ Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación.

En el estudio IBEAS, Colombia especialmente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados (Ministerio de la Protección Social (2015), Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión 2.0, P. 26-28).

3.1.5 Adherencia a Guías de Práctica Clínica

Uno de los ejes centrales que permiten minimizar la presencia y posibilidad de ocurrencia de eventos adversos son las adherencia a Guías de Práctica Clínica, la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” creada por el Ministerio de la Protección Social, indica que la práctica médica, aunque el profesional posee los conocimientos suficientes, si este se basada en decisiones individuales y en la improvisación, puede presentar inconvenientes que reducen la calidad de los servicios asistenciales y resulta peligrosa para los pacientes, estos factores son contraproducentes a los objetivos del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

Las guías de práctica clínica se presentan como estandarización en forma cronológica y sistemática de los procesos asistenciales en la atención de las patologías de los pacientes y demás aspectos durante su estadía en la institución. El objetivo que tienen las Guías de Práctica clínica tienen el objetivo de suministrar al personal la información y lineamientos pertinentes para la toma de decisiones en

las intervenciones de los procesos de la salud, la elaboración se acompaña una reducción de la variabilidad de la práctica médica, es decir, estandarizan la atención, lo que supone mejoras importantes en la calidad de la atención asistencial en salud reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, relacionados directamente con la seguridad del paciente.

Estas guías consideran todos los aspectos más relevantes en la intervención y actuar frente a determinadas patologías pues no solo considera los conocimientos y lineamientos para el diagnóstico y tratamiento correcto, sino que además incluye los procedimientos del personal de enfermería y de instrumentación quirúrgica, entre otros aspectos y criterios sumamente importantes en la atención prestada. Es importante que las instituciones de la salud, para el diseño, desarrollo o adopción de las guías de práctica clínica en la entidad, consideren las enfermedades o patologías de mayor frecuencia durante determinado periodo de tiempo en cada servicio habilitado.

Las guías de práctica clínica deben presentar facilidad de acceso o consulta por parte del personal asistencial y estar disponibles en los servicios para los cuales se diseñan o adoptan, además del diseño como tal de estas guías una actividad clínica importante es la verificación de su adherencia en los servicios respecto a la implementación o uso de esta; es por lo anterior y debido al alto volumen que estas guías presentan para su consulta o comprensión, las entidades adoptan estrategias como convertirlas en listas de chequeo a hacer parte de las listas de chequeo de auditorías, en este sentido una guía de práctica clínica conformada por decenas de páginas, pasa a ser una sola fácilmente verificable. Esta debe considerar todos los aspectos, ítems y criterios infaltables en la guía, la cual posee una estructura definida previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.1.6 Modelo estándar de control interno

El en Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI (2014), establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, define la estructura esencial del Modelo Estándar de Control Interno, como la estructura que permite la evaluación de las estrategias, gestión y evaluación del proceso administrativas en las entidades públicas, esta estructura no es necesariamente firme, pues se puede adaptar a las necesidades específicas de determinada entidad, así como a sus objetivos, estructura, tamaño, los procesos y

servicios que presta así como demás particularidades. Este modelo involucra y relaciona todos los servidores de la entidad, buscando garantizar el cumplimiento de los objetivos y estrategias organizaciones y la contribución de estos al estado, control interno paralelamente debe coordinar las acciones, permitir la fluidez de la información y comunicación permitiendo de esta manera corregir de manera oportuna o anticipar las debilidades que se pueden presentar por las dinámica propias de las actividades de la institución.

Ilustración 6: Estructura de Modelo Estándar De Control Interno (MECI)



Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014.

3.1.7 Eje Transversal Información y Comunicación

El mismo manual del que se hace mención, Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI (2014), incorpora el eje transversal

de información y comunicación a los módulos del modelo, teniendo en cuenta que toda organización o entidad, utiliza el ciclo PHVA, en la ejecución de programas, estrategias, entre otros, y es mediante la información y comunicación que se complementa o hace parte esencial de la implementación, desarrollo y fortalecimiento de los procesos involucrados o establecidos en cuanto a la integridad. Es así como

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización (Departamento Administrativo de la Función Pública Manual (2014), Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI, P 89).

Para ello se hace imperativa la necesidad de diseñar los lineamientos directrices de las políticas para la consecución, procesamiento y generación de datos que posteriormente trasciendan en información y comunicación tanto al interior como el exterior o entorno de cada entidad, que permitan entonces, abordar la necesidad de divulgar aspectos de la gestión de la entidad como los resultados, avances o mejoras alcanzadas y demás aspectos de la entidad que sean importantes para comunicar, siempre y cuando esta sea adecuada para las partes interesadas, como los ciudadanos o funcionarios de la entidad.

De acuerdo a lo anteriormente expresado se desarrollaran los conceptos que hacen parte del desarrollo del presente trabajo:

Acreditación en salud: acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Resolución 1474 de 2002 – Supersalud).

Aseguramiento de la calidad: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza

adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad. (Norma ISO 9001:2008).

Auditoría interna: Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006; Ministerio de la protección Social).

Código de Ética: También denominado código de conducta. Es el documento compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformada por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones. (Circular Instructiva No.045 de 2007; Supersalud).

Evento Adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error. (Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá, Colombia).

Falla de la atención en salud Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales. (Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá, Colombia).

Gestión de Riesgos: Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al alcance de los objetivos de la organización. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del

modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Guía clínica de atención: Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia. (Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Bogotá, Colombia).

Plan de Mejoramiento: Es aquel aspecto que permite el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de su misión, objetivos, procesos, etc., deben operar la entidad pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, en los términos establecidos en la Constitución, la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con los diferentes grupos de interés. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Procesos de apoyo: incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Procesos estratégicos: Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Procesos de evaluación: incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Procesos misionales: (o de realización del producto o de la prestación del servicio): incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser. (Departamento Administrativo de la Función Pública. (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Bogotá, Colombia).

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Art. No. 3 del Decreto 1011 de 2006; Ministerio de la Protección Social)

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El desarrollo de la presente monografía se ejecutó utilizando el estudio sincrónico, ya que se estableció con base a los seis meses que duró la pasantía dentro del Hospital Nuestra Señora de los Santos, lo que supone su desarrollo en un momento preciso, es decir en tiempo presente y los datos e información incumben al momento actual. Se planteó además como un estudio de campo, por la modalidad de pasantía, ya que se conoció la realidad de manera directa y presencial en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, lo que implicó observar la realidad en su propio medio, ejecutando las actividades y acciones previo a planes de trabajo y basados en teorías, finalmente se realizó el procesamiento de los datos y el análisis de los mismo para hacer el registro de lo sucedido a lo largo de la pasantía y la descripción de las situaciones o hechos concretos.

4.2 PROFUNDIDAD

Estudio Descriptivo, debido a que se efectuó con la finalidad de establecer y describir el desarrollo de los temas, problemáticas y demás aspectos realizados en la pasantía dentro del Hospital Nuestra Señora de los Santos, mediante la presente monografía, de manera que se describe el desarrollo de la de implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud y los demás objetivos específicos relacionados con los programas de Seguridad del Paciente, Humanización de los Servicios en Salud, adherencia de Guías de Práctica Clínica según perfil de morbilidad y comunicación interna y externa, la mayoría de estos enmarcados bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, lo que necesariamente implica la descripción detallada y soportada en el proyecto escrito respecto al análisis de la ejecución de los objetivos así como los elementos o bases que se utilizaron para el desarrollo de los mismos, para ello se acude a técnicas y fuentes específicas para la recolección de información.

4.3 MÉTODO

Los métodos implementados en el desarrollo de la presente monografía fueron los métodos cuantitativo y apoyado también en el método cualitativo, ya que el estudio se enfocó en una cuestión delimitada y concreta; pues todos los programas en los que se intervinieron se encuentran normalizados bajo determinada ley, decreto o resolución, además, la presente monografía se basa en algunos resultados meramente numéricos, como el caso de los derivados de la autoevaluación, mediante la cual se definieron las actividades priorizadas en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en Salud, con base al análisis de estos, así como seguimiento porcentual de ejecución de actividades y los resultados en la tabulación de encuestas para el seguimiento, se refiere entonces a el método cuantitativo, mientras que el método cualitativo como aspecto fundamental en la interacción con las personas entendidas estas como los funcionarios y usuarios del Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Además en el desarrollo de la pasantía en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, se utilizó el método deductivo teniendo en cuenta que se partió de lo general a lo específico, ya que para implementar el programa de auditoria, siendo este de aplicación general para el hospital, se definieron y desglosaron aspectos particulares para lograr la implementación del mismo, como fue el caso de la

ejecución de las acciones de la matriz del PAMEC, el programa de Humanización de los Servicios en Salud y Seguridad del Paciente Institucional que le refuerzan.

4.4 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dentro del presente proyecto se hizo necesario la utilización de diversas fuentes y técnicas de investigación para obtener y recolectar la información necesaria con el fin de ejecutar o dar cumplimiento a cada uno de los objetivos, a continuación se presentan dichas fuentes y técnicas.

Tabla 3: Relación fuentes y tipos de recolección de información

FUENTE	TIPO	QUIENES	OBJETIVO
PRIMARIAS	Observación directa: Mediante reuniones, entrevistas, encuestas, listas de chequeo, verificación visual de las actividades, inspecciones e intervención directa en rondas y auditorías internas que se analizaron en los comités respectivos basado en la experiencia y conocimiento de los involucrados.	Procesos, áreas, servicios del hospital Nuestra Señora de los Santos, acciones y actividades programadas en el PAMEC, seguridad del paciente y humanización de los servicios en salud, planes de mejoramiento, entre otros involucrados los respectivos jefes de procesos.	Conocer por fuente directa el funcionamiento de los procesos y servicios y el manejo de las actividades, acciones, intervenciones y seguimientos realizados en los programas en mención para la formulación de planes de mejoramiento a partir de las necesidades identificadas
SECUNDARIAS	Análisis documental: Bibliografías, documentos	<ul style="list-style-type: none"> Guías metodológica del PAMEC, seguridad del paciente y humanización de los servicios en salud. 	Conocer e identificar la estructura metodológica,

	<p>metodológicos, guías, manuales y normatividad de los programas del PAMEC, seguridad del paciente, humanización de los servicios en salud y otros referentes en materia de calidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1011 de 2006 (del abril 3 de 2006). • Resolución número 1043 de 2006 (del 3 de abril de 2006). • Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS. • Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. • Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. • Seguridad del paciente y la atención segura - paquetes instruccionales. • (Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”). • Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. • Manual de estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias • Anexo técnico calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y 	<p>acercamiento a los temas y conocimientos previos para la intervención adecuada.</p>
--	--	---	--

		<p>adolescentes (Anexo técnico no.2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual único de procedimientos de habilitación de la resolución no. 1043 de 3 de abril 2006. • Anexo técnico no. 1, manual único de estándares y de verificación de la resolución 1043 de 3 de abril 2006 	
	<p>Benchmarking en Hospitales de referencia sobre la ejecución y seguimiento de los programas del PAMEC, seguridad del paciente, humanización de los servicios en salud y otras actividades en materia de calidad.</p>	<p>Hospitales locales de primer nivel aledaños como fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Gonzalo Contreras de la Unión valle • Hospital san Rafael del Águila Valle • Hospital san Vicente de Paul de Alcalá Valle 	<p>Contar con información de referencia para adaptar o tomar como punto de referencia respecto a los objetivos planteados y a las necesidades identificadas en los programas del PAMEC, seguridad del paciente, humanización de los servicios en salud en relacionados con la calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos.</p>

Fuente: Elaboración Propia, 2017

5. UNIVERSO POBLACIONAL Y MUESTRA

La muestra está constituida básicamente por los funcionarios del Hospital Nuestra Señora de los Santos quienes a partir del involucramiento en los objetivos fueron seleccionados con base al muestro no probabilístico por conveniencia, pues las muestras solo representaban los funcionarios que intervinieran directamente en un proceso, servicio o actividad como tal, además, en algunas actividades se realizaron encuestas a los funcionarios de la institución utilizando este mismo tipo de muestra, pues se seleccionó a las personas directamente involucradas o relacionadas, por facilidad, proximidad y accesibilidad.

Cabe destacar que el Hospital Nuestra Señora de los Santos cuenta con 70 funcionarios, con aproximadamente 40 funcionarios en la parte administrativa, estratégica y de evaluación y 30 en la parte misional, por la dinámica del desarrollo de los objetivos se ejecutaron con relación especial de los funcionarios de la parte administrativa como las personas que conforman los comités de calidad y seguridad del paciente, integrado por algunos jefes de procesos, 8 para el comité de calidad y 10 para el comité de seguridad del paciente, además, algunas actividades para el desarrollo de los objetivos involucraban socialización y aplicación de encuestas a los funcionarios con determinadas características, especialmente la pertenecía a un área o servicio específico, por lo que se elegían a conveniencia del criterio anterior, para el caso de humanización se aplicaron encuestas con base a los mismo criterios y socialización al personal, que aunque fueron capacitados todos los funcionarios, se seleccionaron por días en grupos pequeños de 18 a 20 funcionarios aproximadamente.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1 CAPITULO I: Actualización del documento metodológico del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) del Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Para alcanzar efectivamente los objetivos de un proyecto o programa desde su inicio hasta su ejecución o implementación es importante que las personas que vayan a intervenir posean los conocimientos necesarios para el éxito de estos, es por ello que fue pertinente al comienzo de la presente pasantía, un acercamiento inicial a diversos aspectos generales sobre el Sistema obligatorio de garantía de calidad en

salud, especialmente en uno de sus cuatro componentes, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), lo que permitió vislumbrar los conocimientos para intervenir mediante el modelo de pasantía en la ejecución de las actividades de implementación del PAMEC, cabe destacar, que aunque en las asignaturas relacionadas con la calidad variante a la que pertenece dicho programa, se imparten los conocimientos generales de calidad así como el componente de auditoría, el enfoque general en mayoría de las asignaturas es privado, por ello se presentaron vacíos al inicio de la pasantía los cuales podían acrecentarse y generar inconvenientes que no permitieran la consecución de los objetivos planteados.

Para ello se realizó una capacitación dictada por la Ingeniera Viviana Saavedra, Especialista en Gestión de la Calidad y Magister en Sistemas Integrados de Gestión, quien es la asesora de calidad del Hospital Nuestra señora de los santos, donde a partir de una serie de diapositivas y matrices expuso aspectos relevantes del programa de auditoría, como su bibliográfica, normatividades, las fases del programa desde la autoevaluación, pasando por la formulación y posterior implementación, así como los programas articulados o relacionados con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Para efectos de evidenciar los conocimientos adquiridos y consolidar dicha planificación del PAMEC se actualizó en el marco de la pasantía el documento metodológico de dicho programa con código en el Sistema de Gestión de Calidad CG-OT-25, sin embargo, por cuestiones de políticas internas del hospital, no se pudo anexar dicho documento, sin embargo, se especificara posteriormente algunos apartados realizados al documento, con la intención de evidenciar la realidad de la institución en materia de calidad, reforzarlo y mejorarlo, pues es importante conocer la metodología y la razón por la cual se establecieron las acciones o actividades en la matriz del PAMEC, para su posterior implementación y seguimiento.

En el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos se encuentra el documento metodológico referente al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, paralelamente se creó un acto administrativo que en conjunto legitiman y fundamentan los criterios pertinentes para el desarrollo de las actividades del componente de auditoría de la calidad en la Institución, este documento además, se despliega como la guía habitual que contiene los lineamientos necesarios para instituir la ejecución e implementación diligente y

apropiada del PAMEC, donde se incluyen aspectos como, generalidades, alcance, objetivos, principios, normatividad, metodología del programa, resultados de autoevaluación, procesos priorizados, entre otros.

Aspectos fundamentales que deben conocer las personas que intervienen en todo el proceso de calidad, para lograr y maximizar el desarrollo, evaluar periódicamente su alcance e intervenir de forma oportuna, para crear colectivamente un impacto real en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por la institución, lo que constituye una prioridad decisiva, pues si bien es cierto que la responsabilidad de la calidad recae sobre un área específica y un grupo de personas determinado, es fundamental para el éxito real del PAMEC el trabajo conjunto y el compromiso de todos los funcionarios de la institución, pues es un programa transversal para todas las áreas y servicios del hospital. Además en este documento se articulan las estrategias misionales de la institución, generando un aprendizaje y crecimiento organizacional importante, siendo este último uno de los aspectos más significativos y esperados en la ejecución del programa anualmente.

Por otro lado, cada año se realizan mejoras y avances significativos en la institución en materia de calidad con base en el PAMEC, programa que presenta una madurez importante, como la creación e implementación de programas articulados, la adopción de disposiciones de los entes de control, entre otros aspectos, con la intención de mejorar la calificación de los servicios habilitados y poder optar por la acreditación, por lo que cabe recalcar, que en la presente pasantía, se dio operatividad y seguimiento a dos programas articulados transversalmente con el PAMEC, creados para reforzar el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, grupo al que pertenece el Hospital Nuestra Señora de los Santos, estos son Humanización de los Servicios en Salud y el programa de Seguridad del Paciente Institucional, establecidos mediante resolución 123 de 2012 y el mismo decreto del PAMEC, Decreto 1011 de 2006, los cuales fueron articulados en la guía metodológica del PAMEC.

Es por ello que la importancia de actualizar la presente guía metodológica, radica en que el no reflejar la realidad actual de la institución, en materia de calidad y el no contener o vislumbrar los programas articulados que le refuerzan y determinadas generalidades de estos, puede repercutir en afectar o ralentizar los avances alcanzados del PAMEC, de los programas que han aportado mejoras importantes y de la calidad en general, pues la calidad se constituye como un proceso de mejora continua, lo que significa que si no se sigue trabajando en pro de la mejora continua

o existe una interrupción en estos procesos por el desconocimiento del estado actual de la calidad, de las actividades o acciones que se deben realizar o se están ejecutando, de las metas u objetivos propuestos y de las herramientas disponibles para el seguimiento e intervención oportuna a los programas, puede limitar la consecución de los objetos, generar retrasos o decrecimiento por que se afecta la retroalimentación y el aprendizaje organizacional alcanzado.

La guía metodológica del PAMEC se reforzó agregando aspectos normativos y algunos aspectos que no se vislumbraban, especialmente la ruta crítica, la cual determina los pasos a seguir para la implementación del componente de auditoria, razón por la cual se pasaban por alto algunos pasos, que si bien puedan obviarse por el conocimiento previo de las personas del área de calidad, es importante que todos los pasos se describan para aquellas personas que van a intervenir en el PAMEC, pero no tienen conocimientos en materia de calidad, específicamente en este programa de auditoria, por lo que la guía metodológico pasó de estar constituida por 20 a 41 paginas; como se nombró anteriormente este documento no se pudo anexar, sin embargo se evidencia la matriz de acciones PAMEC en el anexo Ñ donde se establecieron las 26 acciones que se formularon para el periodo 2017, así como su respectiva oportunidad de mejora, el estándar al cual responde y los procesos de seguimiento que se establecen.

6.2 CAPITULO II: Ejecución de las actividades priorizadas en la matriz de acciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud (PAMEC) de acuerdo a los resultados de la autoevaluación desarrollada en el periodo 2017 en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

La autoevaluación de los estándares de acreditación son la base de la auditoria en el Hospital Nuestra Señora de los Santos respecto a estos estándares y los hallazgos detectados en la autoevaluación que se realizó en los tres primeros meses de año 2017, se establecieron las acciones y las oportunidades de mejora de los procesos o estándares que presentaron falencias, dicha autoevaluación se realiza siguiendo la ruta crítica establecida por la Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (2011).

Para la implementación del PAMEC se realiza la autoevaluación de los estándares que aplican al hospital en este caso de primer nivel de complejidad con base a las variables de enfoque, implementación y resultados, esto en términos cuantitativos y

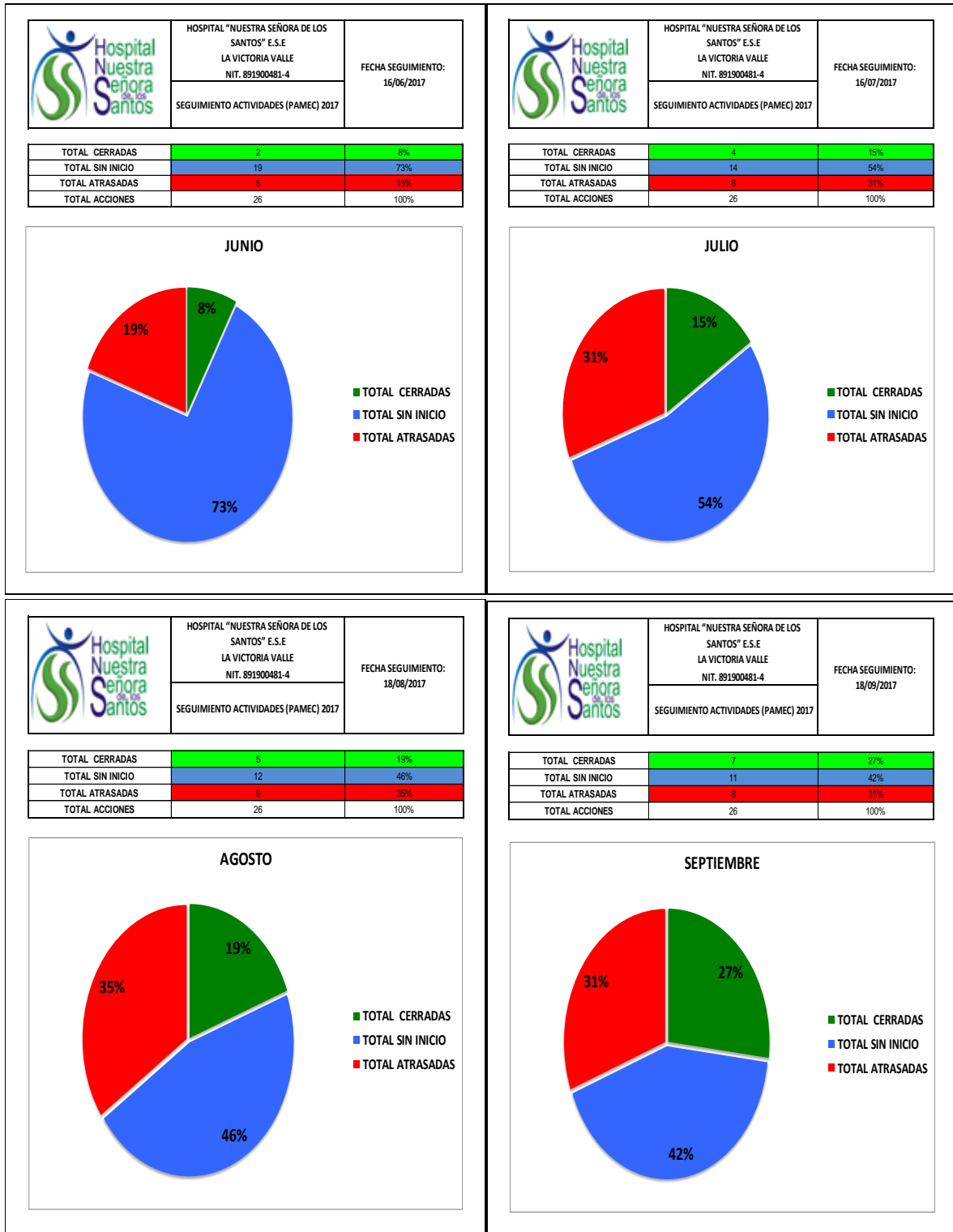
en términos cualitativos con base a fortalezas y oportunidades de mejora, continuo a esto se priorizan los procesos con base a tres criterios internos, riesgo, costo y volumen, que sucesivamente responden, la primera a el impacto que puede generar ejecutar o no, mejoras en determinado proceso, el segundo representa el costo, no de implementación sino de repercusiones por no ejecutar mejoras para determinado proceso y el tercero representa la cobertura de los beneficiados o afectados, siguiente a esto se da una calificación cuantitativa que arroja unos resultados con respectiva semaforización para determinar los procesos a priorizar, sean estos misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación. Finalmente se convoca la primera reunión del comité de calidad y se establecen las actividades para dichos procesos priorizados, estas se definen con la intención de ser ejecutadas en todo el periodo, es decir, con base a los recursos y necesidades de la institución, se definieron 26 actividades para el periodo 2017.

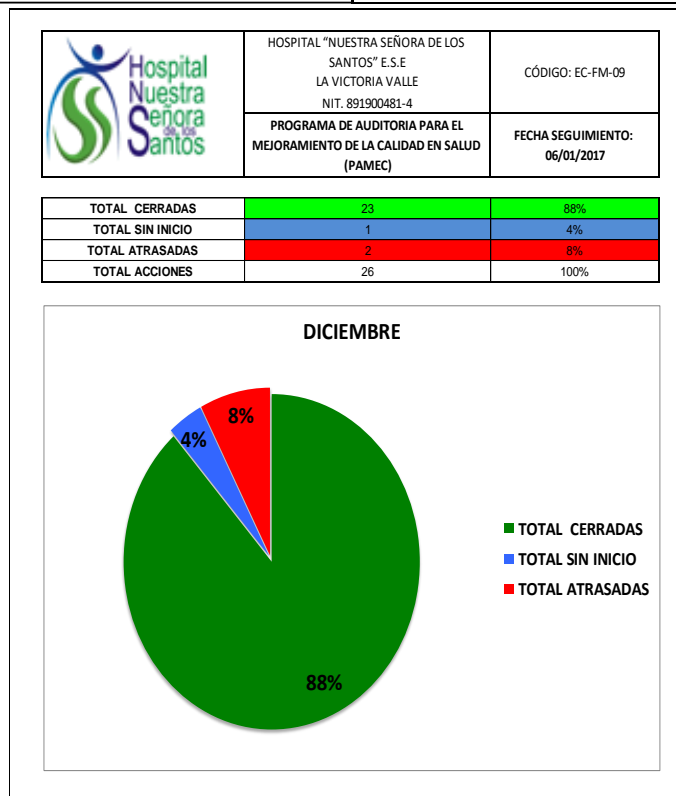
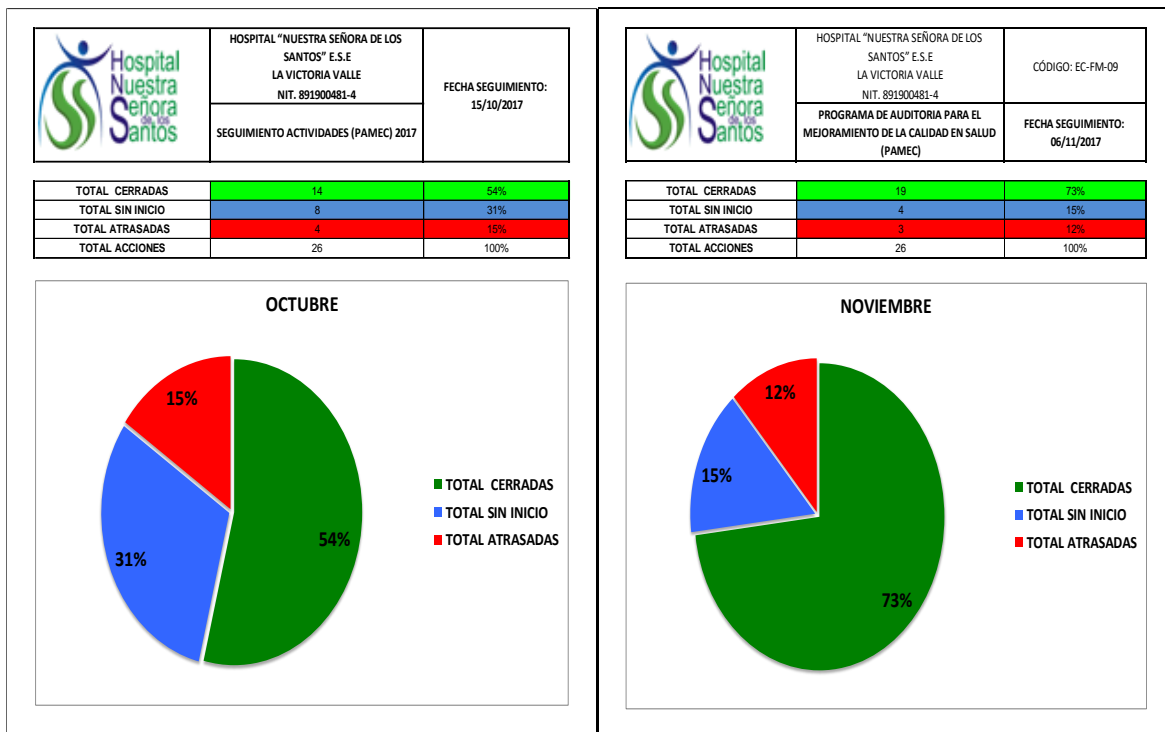
Antes de iniciar con el análisis y desarrollo del presente objetivo es importante aclarar que por ética profesional y políticas internas del Hospital Nuestra Señora de los Santos, existen aspectos que no pueden ser públicos, como resultados y documentos de manejo interno que se crean o utilizan para la ejecución, siguiente y cierre de algunas actividades del PAMEC, por lo que posteriormente se describen cada una de las actividades y las acciones que se realizaron para el cierre de estas, así como el soporte y ubicación de este por cada actividad y se anexa las evidencias pertinentes en casos en que sea necesario y pertinente.

Cada actividad se contempla dentro de la matriz de acciones PAMEC ubicada con código GG-OT-07 en el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos, que se define como el instrumento que orienta el cumplimiento de las acciones, pues se contemplan aspectos importantes de seguimiento como el responsable de su ejecución, los plazos definidos, el seguimiento de la ejecución, evidencia y el estado de actividad por medio de semaforización, esta matriz se puede evidenciar en el anexo Ñ, matriz de acciones PAMEC, definida para el periodo 2017 en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Antes de iniciar con el análisis de cada una de las acciones se presenta a continuación el avance, a partir de la intervención de la presente pasantía, de la ejecución del PAMEC, estas además evidencian el insuficiente avance a la fecha de intervención en el mes de Junio.

Tabla 4: Graficas de seguimiento mensual a las acciones del PAMEC 2017 (Junio – Diciembre)

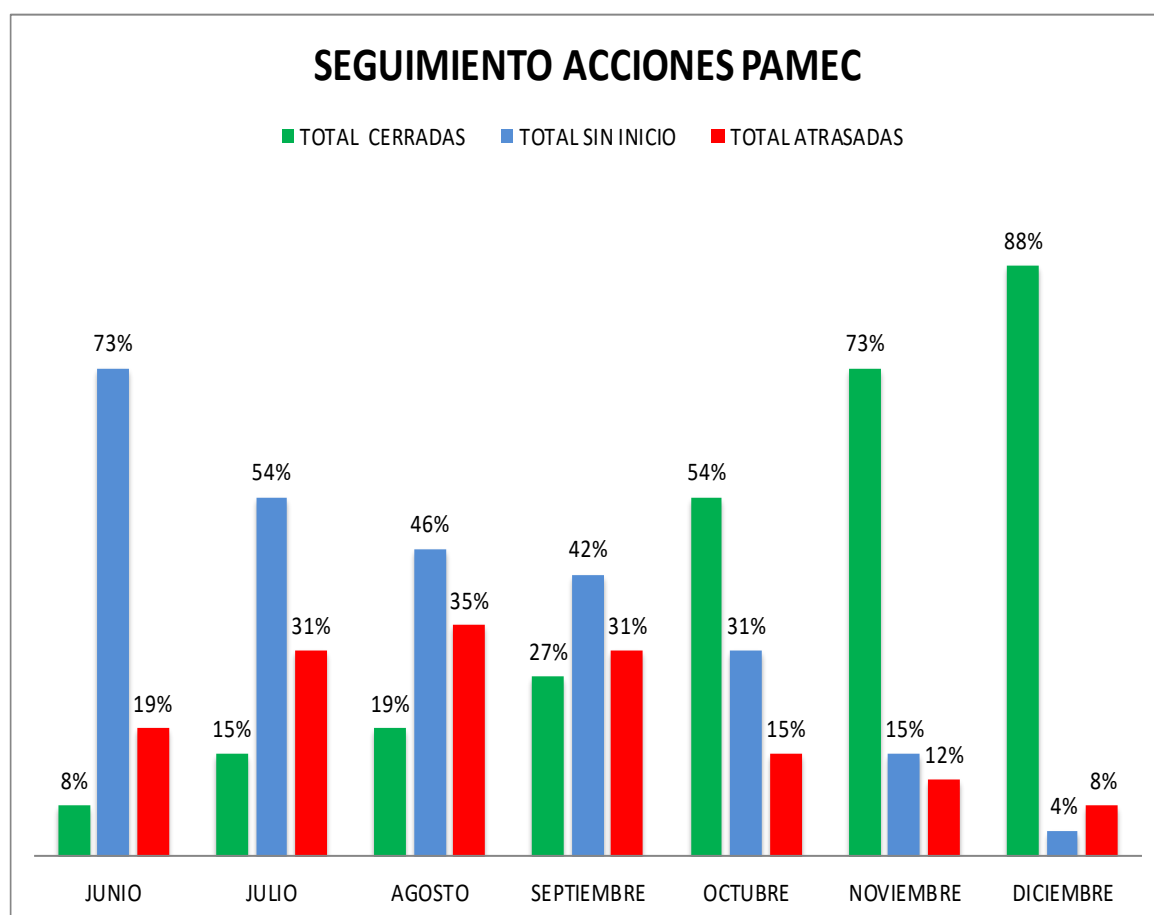




Fuente: Elaboración Propia con Base en los Resultado Porcentuales de Seguimiento de la Matriz de Acciones PAMEC, 2017

Tabla 5: Consolidado seguimiento a las acciones del PAMEC

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TOTAL CERRADAS	8%	15%	19%	27%	54%	73%	88%
TOTAL SIN INICIO	73%	54%	46%	42%	31%	15%	4%
TOTAL ATRASADAS	19%	31%	35%	31%	15%	12%	8%



Fuente: Elaboración Propia con Base en la Consolidación de Seguimiento Mensual de las Acciones PAMEC, 2017

En cada una de las gráficas se puede evidenciar aspectos del seguimiento a las actividades programadas en el PAMEC mensualmente como son las actividades

cerradas, atrasadas y aquellas sin inicio, donde se puede observar que al inicio de la presente pasantía, en el mes de junio, estas actividades tenían un grado de avance muy bajo, que en los siguientes meses fue aumentando paulatinamente, aunque en baja proporción en los meses de agosto y septiembre especialmente, ya que se le dedico mayor tiempo a las capacitaciones del programa de humanización de los servicios en salud y toda la logística del mismo, además, se observa como a partir del mes de octubre aumenta significativamente las actividades cerradas y se le da inicio a algunas que desde su formulación se encontraban sin avance, cabe destacar que no se pudieron cerrar la totalidad de las acciones pues se presentaron algunas dificultades, por lo que se les debe dar cierre al inicio del periodo 2018, en los 3 primeros meses del año, de lo contrario pasaran a ser parte de las acciones del PAMEC 2018.

Finalmente se evidencia también en anexo Ñ la matriz de acciones PAMEC 2017, con el respectivo presupuesto definitivo del gasto de ejecución de las 26 actividades para el periodo 2017, además al final de documento en el presupuesto, se especifica la ejecución del gasto mensual así como los rubros del gasto general para la ejecución de estas actividades. Ver tabla número 15.

6.3 Análisis ejecución de las acciones del PAMEC 2017 del Hospital Nuestra Señora de los Santos

- **Incluir la socialización del código de ética en los procesos de inducción y re inducción de personal.**

El código de ética y buen gobierno es una herramienta para guiar el comportamiento de los funcionarios con base en unos valores determinados propios de la institución, que responde a las funciones de talento humano y control interno especialmente, la institución cuenta con un código de ética creado en el 2016, este fue socializado e impreso en una cartilla y entregado a todo el personal, en ese mismo año; sin embargo, el personal nuevo que ingresó después de la fecha no se le socializaba el código en mención, pues es un aspecto que no se contemplaba en el proceso de inducción y re inducción, por lo que fue pertinente incluirlo en dicho proceso de manera que el personal que ingrese conociera los valores institucionales y los lineamiento de actuación en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Para el cierre de esta acción intervinieron las personas o cargos que realizan la inducción y re inducción del personal siendo estas el Subgerente, gerente, control

interno y el jefe de proceso correspondiente, la persona idónea para realizar la socialización fue el asesor de Control Interno, teniendo en cuenta que el código de ética y buen gobierno responde a parámetros o lineamientos públicos y es el asesor designado para este cargo quien por la naturaleza de sus funciones conoce en mayor medida las disposiciones de las diferentes normatividades y los entes de control, por ello se procedió a configurar el formato de inducción y re inducción específico, incluido en el Sistema de Gestión de Calidad con código GH-FM-01 y se le incluyo la socialización del código de ética a cargo del asesor de control interno, desde la configuración de formato han ingresado a la institución tres personas, en el caso de re inducción se ejecuta cuando un funcionario tiene incapacidad prolongada o algún tipo de licencia, de igual forma el código de ética se resocializo, o socializo para quienes no lo conocían, a todo el personal en las capacitaciones del programa Humanización de los Servicios en Salud, ver en anexo A, evidencia 1.

- **Diseñar instrumento de evaluación del código de ética y aplicarlo**

Después de las socializaciones en inducciones y la resocialización a todo el personal en la última capacitación de Humanización de los Servicios de Salud, fue pertinente diseñar un formato de evaluación del código de ética, con la intención de medir el nivel de conocimiento y aplicación en el Hospital así como la efectividad de la socialización realizada.

En la socialización a todo el personal, se impartieron temas sobre su importancia, normatividad y sobre todo se hizo énfasis en los valores éticos de la institución establecidos en el código de ética, por ello en la encuesta que se diseñó y aplico con ayuda del coordinador del SIAU y aprobada por la asesora de Calidad, se establecieron preguntas sencillas de selección múltiple; cabe destacar que la tabulación, aunque no se evidencia, demostró en su mayoría resultados esperados y positivos, pues la mayoría de las respuestas apuntaban a la efectividad de la resocialización del código de ética en cuanto al conocimiento y aplicación, casi dos meses después, esta encuesta fue aplicada a todos los funcionarios de la institución con ayuda de coordinador de SIAU y analizada en comité de calidad. Ver encuesta en el anexo A, evidencia 2.

- **Ejecutar procesos de monitoreo en la aplicación del código de ética en las áreas de la organización (Rondas de Humanización) y realizar el cruce correspondiente con las quejas presentadas en el área de SIAU.**

El código de ética es una herramienta fundamental para el programa Humanización de los Servicios en Salud pues es a partir de los valores de la institución que se facilita la empatía que contribuye a mejorar el clima organizacional, pues aunque estos valores son internos el ambiente que se genera se contagia y se refleja en servicios más humanizados, es por ello que en la última capacitación del programa de Humanización de los Servicios de Salud se decidió realizar la resocialización del código de ética de la institución.

Para el cierre de esta acción se diseñó una lista de chequeo para realizar rondas de humanización a partir de los resultados de estas rondas se debe realizar el cruce con las quejas correspondientes, ya que, a groso modo la intencionalidad del programa es que los funcionarios de todas las áreas presten servicios más humanos, más empáticos, con mayor comprensión y tolerancia, entre otros aspectos relacionados con mejoras en el servicio, y de esta manera minimizar las PQRS que recibe la oficina de SIAU, las cuales corresponden generalmente, a inconformidades en el trato del servicio. Además, este monitorio mediante la aplicación de la lista de chequeo de rondas de humanización, es fundamental para dar seguimiento oportuno al programa en mención, de lo contrario todos los esfuerzos y recursos invertidos para su implementación no alcanzarán los objetivos establecidos, pues rápidamente decrecerán los avances realizados. Por la cantidad de actividades por cerrar al final del año, se decidió empezar con las rondas de humanización al inicio del año 2018 y realizar el cruce correspondiente para dar el manejo adecuado al seguimiento del programa, ver lista de chequeo, anexo M.

- **Elaborar una política de humanización del servicio de salud para la institución**

Al igual que en la acción 5 estas dos fueron fundamentales para la implementación y operatividad del programa Humanización de los Servicios en Salud; para el inicio de todo programa en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, se debe fundamentar mediante una política específica para legitimar e institucionalizar el programa posterior a su elaboración es analizada, corregida y firmada por el gerente de la institución, se adopta por apto administrativo y finalmente se publica y socializa, este es el punto de inicio que habilita el desarrollo, implementación y seguimiento del programa Humanización de los servicios en salud. A continuación se contempla la política específica, esta política se acompaña de un documento

metodológico y una resolución adoptada en la institución, la política de humanización de los servicios en salud es la siguiente:

La E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Santos, se compromete a brindar una atención hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana, que responda a sus necesidades y expectativas físicas, sociales y espirituales. La interacción de nuestro personal de salud y el usuario se basa en el trato amable, personalizado y de respeto hacia la confidencialidad y dignidad del paciente, basados en los deberes y derechos de los pacientes (Hospital Nuestra Señora de los Santos (2017), Política de Humanización de los Servicios en Salud, p. 2)

- **Realizar socialización de la política de humanización a todos los colaboradores**

Cualquier política que se cree dentro del Hospital Nuestra Señora de los Santos debe ser socializada especialmente a los funcionarios en las áreas o servicios directamente involucrados o en su defecto a todo el personal si es necesario, en este caso se socializo a todos los colaboradores de la institución, pues el alcance del programa es para la institución en general y este es transversal a todas las áreas y servicios.

Dentro de las capacitaciones y actividades que se establecieron en el cronograma para la implementación del programa, se realizó la socialización de la política de Humanización de los servicios en salud, en la primera capacitación que se denominó “acercamiento y sensibilización”, para poder socializar a todos los colaboradores se dividió todo el personal en grupos de tres y se socializo en tres días la primera capacitación, un grupo por cada día para no interrumpir abruptamente los servicios del hospital, fue importante para dar inicio al programa el conocimiento de la política Humanización de los Servicios en Salud, por parte de los funcionarios y pertinente para que conocieran los lineamientos o direccionamiento que se debe adoptar para alcanzar los objetivos del programa planteado por la gerencia de la institución, este programa del que tanto se ha hecho mención, se profundiza posteriormente en el objetivo cuarto.

- **Incluir en el código de ética la incorporación del derecho que tienen los usuarios a la segunda opinión.**

El personal médico y asistencial debe conocer y respetar los derechos que tienen los usuarios por lo que deben conocer la manera de actuar frente a determinada situación relacionada con inconvenientes en la atención, como es el caso del derecho a la segunda opinión, pues es un derecho que presenta obstáculos o malos entendidos cuando se despliega por capricho o inconformidad del usuario, pero cuando es procedente se debe respetar y acatar. Es por ello que se incluye en el código de ética del Hospital Nuestra Señora de los Santos, para que el personal conozca, divulgue y acate este derecho y fue socializado por el auditor médico enfatizando en el personal asistencial.

- **Informar al usuario que tiene esta opción a través del área de SIAU en los casos en que se identifique insatisfacción por parte del usuario. Socializar este derecho con el cliente interno, que permita la toma oportuna de decisiones para los pacientes con diagnóstico complejo.**

Esta acción evidencia la intención de la gerencia de dar cumplimiento a todas las disposiciones y además refuerza el programa de Humanización, pues el derecho a la segunda opinión, básicamente es una opción que tiene el usuario o paciente de solicitar una segunda opinión médica si considera que su estado o patología no ha mejorado por el tratamiento establecido por el médico tratante para mitigar la enfermedad o no está satisfecho con el dictamen dado por el médico.

El coordinador de SIAU publicó este derecho y será socializado por este mismo funcionario a los usuarios que presenten insatisfacción, para que conozcan cuando se puede acudir a este derecho, pues es importante tener cuidado en el manejo de este, ya que se le aclara al usuario que la solicitud de la segunda opinión no puede resultar de una simple percepción o pretensiones. Es por ello que se incluye en el código de ética del hospital para que el personal conozca, divulgue y acate este derecho del usuario siempre y cuando sea procedente, es socializado al cliente interno por el auditor médico, de manera que al momento de identificar un paciente con diagnóstico complejo o considere que debe tener en cuenta una segunda opinión para tratar al paciente, lo haga con sus compañeros y el mismo auditor médico de la institución y procedan adecuadamente para evitar que se presenten estos desacuerdos.

- **Actualizar la política de seguridad del paciente con los principios orientadores, la forma de implementación y los mecanismos de evaluación de la política**

El programa de Seguridad del Paciente Institucional es uno de los programas más importantes implementados en el Hospital Nuestra Señora de Los Santos, su aporte a la mejora de la seguridad y calidad por la intervención oportuna en todos los servicios de la institución, resulta en un programa muy útil y práctico, además, el programa ya contaba con varios años sin modificación desde su implementación, por lo que calidad, control interno y la gerencia del hospital decidieron reforzar el programa, es por eso que antes de iniciar con las actividades propuestas para la mejora y operatividad de este, se hizo necesaria la modificación de la política que fundamenta el programa y el documento metodológico que lo soporta, que fueran congruentes con la realidad actual de la institución en materia de seguridad del paciente, que modificara el enfoque o direccionamiento conforme con las metas propuestas o establecidas y que además incluyera aspectos como los principios orientadores, la forma de implementación o ejecución y los mecanismos de evaluación y seguimiento.

De esta forma las personas involucradas adquieran los conocimientos pertinentes para las fases fundamentales del programa, orientación, implementación y seguimiento y en conjunto puedan intervenir oportunamente para la mejora del programa, que finalmente repercutirá en la mejora de la seguridad y calidad de los servicios que presta el Hospital Nuestra Señora de los Santos, esta fue socializada en la primera reunión del comité de seguridad del paciente a todos los jefes de procesos de la institución al igual que en las socializaciones de humanización, a continuación se presenta la política actualizada:

El Hospital Nuestra Señora de los Santos de La Victoria Valle del Cauca. Se compromete a consolidar un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención y reporte de eventos adversos, contribuyendo así al aprendizaje organizacional (Política de seguridad del paciente, Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2017, p 1)

- **Definir los indicadores propios del programa y de la política de seguridad para garantizar la trazabilidad y tendencia de los resultados obtenidos por estos**

Los indicadores también son un aspecto fundamental a la hora de evidenciar los resultados obtenidos de manera que se pueda realizar la correspondiente comparación por la trazabilidad de estos y poder tomar las acciones correspondientes en caso de que sea necesario, el programa de Seguridad del Paciente como se ha nombrado ya se encontraba implementado y se realizaba el seguimiento correspondiente pero no se efectuaba monitoreo porque no se habían creado los indicadores propios del programa y por la madurez de este ya se hizo necesario, por ello con ayuda del coordinador médico se crean los mecanismos de evaluación e indicadores, estos se pueden apreciar en el anexo A, evidencia 3, sustraído del documento metodológico de seguridad del paciente actualizado.

- **Implementar los mecanismos de socialización de la política de seguridad del paciente a nivel institucional y los elementos claves que la componen**

Esta acción se cerró aprovechando la serie de capacitaciones que se impartieron por el programa Humanización de los Servicios en Salud, donde se socializó la política del programa de seguridad del paciente actualizada, los avances que se han logrado en materia de seguridad y calidad, se indicó la importancia del reporte oportuno de eventos adversos y demás generalidades y elementos claves que conforman el programa de seguridad del paciente, esto teniendo en cuenta que el programa en mención y el programa de humanización de los servicios en salud son transversales y se articulan con el objetivo de mejorar la calidad e integridad de los servicios que presta la institución.

Además, se realizó una capacitación dictada por el auditor médico, en seguridad del paciente para el personal asistencial, el día 1 de septiembre de 2017, se creó acta y listado de asistencia con anexos fotográficos, la cual duró hora y media y se impartieron los siguientes temas:

1. Principios orientadores Política de Seguridad
2. Objetivos de la política
3. Definiciones básicas
4. Estrategias de seguridad
5. Responsables de la ejecución

6. Metodologías de análisis de evento adverso
7. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos
8. Análisis de demoras
9. Eventos adversos e incidentes más frecuentes

Cabe destacar que como mecanismo de socialización, en cada ronda de seguridad del paciente en determinado servicio auditado, se socializa durante la ronda con los funcionarios del área aspectos relevantes del programa, así como la explicación de los hallazgos detectados, es decir, porque se considera un hallazgo, este a que responde y como mitigarlo y evitar que vuelva a suceder o que se convierta en un aspecto más grave.

- **Educar al personal en la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo a los lineamientos de la política (Programa de Capacitación)**

Son muchos los esfuerzos y estrategias que ha implementado el Hospital Nuestra Señora de los Santos que denotan la importancia del programa para la institución tal es el caso de las diversas acciones, capacitaciones y actividades en pro de dar operatividad y mejorar el programa de Seguridad del Paciente Institucional, algunas de estas establecidas en las acciones del PAMEC, por lo que a partir de la actualización de la política del programa que define una nueva visión con base a la madurez del mismo y la ejecución de las actividades de socialización, capacitación, rondas de seguridad, reuniones del comité de seguridad del paciente contribuyen a educar al personal en la cultura del seguridad del paciente.

Además, para el seguimiento y cierre de esta acción cuando se presentan eventos adversos relacionados con seguridad del paciente se realiza una reunión para resolver el incidente o accidente y se realiza una charla con la persona directamente involucrada con intención de sensibilizar para que no vuelva a ocurrir y que contemple en sus funciones mayor precaución y velar por la seguridad y bienestar de los pacientes, de esta manera con la serie de actividades programadas para dar operatividad al programa y con el proceso de sensibilización se contribuye a educar el personal en la cultura de seguridad del paciente.

Como en la actividad anterior se destaca la capacitación específica de seguridad del paciente, con base al manual, la política, los mecanismos de evaluación actualizados así como las actividades para la operatividad del programa, dictada por el auditor medico con una duración de 2 horas el día primero de septiembre de 2017 al personal médico y auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta que son

estas las personas que se encuentran en los servicios donde se pueden presentar mayores incidentes o accidentes, se anexa evidencia fotografía de la capacitación, en anexo A, evidencia 4.

- **Realizar rondas de seguridad en los servicios para validar en qué grado el proceso de capacitación, entrenamiento y educación muestra tendencias al mejoramiento de la seguridad del paciente.**

Las rondas de seguridad del paciente son una herramienta clave para la implementación y seguimiento del programa son estas rondas las que permiten identificar hallazgos que pueden generar algún tipo de incidente o accidente y permite su intervención oportuna, por lo que se convierte uno de los principales componentes del programa.

Cuando se creó el programa se realizaban rondas cada tres o cuatro meses, a partir de la intervención de la presente pasantía se pudieron realizar rondas de seguridad del paciente con periodos reducidos, lo que permitió evidenciar por observación, tendencias al mejoramiento, pues los hallazgos cada vez fueron de menor cantidad o no conformidades menores, también se evidenciaba en la disminución de eventos adversos pero por la observación solamente no se puede realizar una validación o medición adecuada, por lo que se crearon una serie de herramientas para el seguimiento de las rondas las cuales se especifican en el capítulo 3 y en este mismo capítulo se profundiza en las rondas de seguridad realizadas; las actas de las rondas y las reuniones del comité se ubican en el Sistema de Gestión de Calidad del hospital con el código CG-FM-07 actas de reunión, el mismo formato para cada una de estas, con su respectivo diligenciamiento y evidencias fotográficas, se pudieron realizar 4 rondas y 5 reuniones del comité de seguridad del paciente en la presente pasantía.

- **Actualizar el manual de seguridad del paciente; en donde se definan los puntos claves de intervención del paciente o su familia para contribuir a su propia seguridad, de acuerdo a la caracterización de cada proceso.**

Para la operatividad y mejora del programa de Seguridad del Paciente es importante que todos los aspectos metodológicos que lo componen sean actualizados y ajustados a la realidad de la institución, como se hizo con la política del programa, para este caso el manual de seguridad del paciente, el cual se convierte en la guía

metodológica que proporciona los conocimientos necesarios y pertinentes para la implementación y seguimiento del programa.

Por ello fue oportuno incluir en el manual en mención aspectos que se han logrado a partir de la madurez del programa o disposiciones de los entes de control que lo modifican por normatividad, por ello se realizó la actualización pertinente del manual incluyendo los puntos claves de intervención del paciente o su familia para contribuir al su propio cuidado de acuerdo a los procedimientos y caracterización del proceso y/o procedimiento respectivo, ya que es un aspecto importante que las personas que se encuentran cuidando el paciente, especialmente aquellos más vulnerables como niños y ancianos, contribuyan a la propia seguridad de ellos, incluyendo los indicadores y metodología de evaluación, así como nuevos aspectos para reforzarlo, además de los nombrados, se evidencia aspectos normativos y el encabezado con la fecha de actualización y código en el Sistema de Gestión de Calidad, en anexo A, evidencia 5.

- **Operativizar el comité de seguridad del paciente con la integración de todos los procesos que participan, para fortalecer el análisis y la gestión de eventos adversos; que permita adicionalmente articular los programas de tecno, fármaco y reactivo vigilancia.**

El comité de seguridad del paciente se creó paralelamente en la implementación del programa de seguridad del paciente, como parte complementaria del programa, pues este toma acciones pertinentes según los hallazgos de cada ronda o eventos adversos reportados en determinado periodo, así como la programación de las rondas y demás aspectos para mitigar falencias, pero este se conformaba solo por los jefes de proceso de las áreas donde se realizaban rondas de seguridad con mayor frecuencia o aquellos que se consideraban más propensos o de mayor atención por los procedimientos realizados o el involucramiento directo con pacientes, como los servicios de urgencias y hospitalización, por ello se decidió dar operatividad incluyendo todos los servicios, teniendo en cuenta que el programa de seguridad del paciente es transversal en toda la entidad y en las reuniones del comité en conjunto con los jefes de procesos de todos los servicios, permitió fortalecer el análisis y la gestión de los hallazgos y eventos adversos.

Además, se realizaron rondas mensuales a los diversos servicios claro está que se enfatizaban en servicios como urgencias y hospitalización, que por la naturaleza de sus procedimientos, es donde usualmente ocurren mayores incidentes o

accidentes, pero se pudieron realizar auditoria a los demás servicios como farmacia, consulta externa, odontología pues a su vez, se articularon los programas de tecno, fármaco y reactivo vigilante. Los comités se programan por el área de calidad al poco tiempo de la ronda de seguridad, generalmente una semana después, ya que se citaba a los asistentes con anticipación. Al igual que las rondas de seguridad, las actas de las reuniones de los comités se guardan con formato código CG-FM-07, se realizaron 5 reuniones de comité de seguridad del paciente para el periodo 2017.

- **Definir el protocolo para aislamiento y mecanismos de barrera acordes con los lineamientos de seguridad del paciente**

El Hospital Nuestra Señora de los Santos cuenta con una habitación en hospitalización para los pacientes que requieren aislamiento por determinada patología, pero el aislamiento se ejecutaba por criterio médico y según protocolo de la enfermedad o patología presentada, mas no se contaba con un protocolo específico que defina los criterios de aislamiento, mecanismo de barrera y los cuidados que deben tener el personal asistencial y la familia o cuidador de las personas en aislamiento, acorde a los lineamientos de seguridad del paciente.

Aunque son muy esporádicos los casos de pacientes que deben estar aislados, ya que al ser un hospital de primer nivel que prioriza la promoción y prevención, si es necesaria la rehabilitación o el hospital no puede tratar determinada enfermedad o patología por no contar con los servicios habilitados necesarios, se realiza el correspondiente traslado, sin embargo, algunas enfermedades requieren aislamiento para evitar contagios o infecciones, pero su tratamiento radica más en la atención y cuidado que un servicio habilitado específico, y el criterio de aislamiento se puede manejar en hospitales de primer nivel, todo con base en guías y protocolos de práctica clínica. Por lo anterior se hizo necesario la creación de dicho protocolo de manejo interno con código en el Sistema de Gestión de Calidad UR-GA-32.

- **Socializar en la Organización, las características de los pacientes con criterios de Aislamiento y el procedimiento de su manejo adecuado e instrucciones para los acompañantes.**

Se adoptó el protocolo de aislamiento con base en las características y servicios habilitados del Hospital Nuestra Señora de los Santos, así como el tipo de

patologías que requieren aislamiento y su tratamiento en el hospital, pero además fue fundamental incluir el manejo adecuado de las patologías que requieran aislamiento y las instrucciones de cuidado de sus acompañantes, de manera que se proteja la seguridad del paciente y de su familia o cuidadores, y claramente, la del personal asistencial, este protocolo fue socializado al personal asistencial, especialmente al grupo de médicos de la institución, impartida en junta de médicos y son estos los responsables de guiar al personal asistencial cuando se presente este tipo de patologías.

- **Elaborar las Instrucciones Generales de Aislamiento, para la Familia, acompañantes y demás personas en contacto con el paciente en relación a las precauciones, cuidados e identificación de riesgos.**

Con base en el protocolo de aislamiento definido con los criterios expuestos en las actividades anteriores, el auditor médico y la jefa de enfermeras de urgencias, elaboraron las instrucciones generales de aislamiento para la familia o acompañantes y para las demás personas en contacto, como el personal asistencial, de manera que se proteja la salud de estos y además contribuyan o se tengan presentes las precauciones, el cuidado del paciente según su patología y la identificación de riesgos que se puedan presentar para la salud y seguridad de paciente.

- **Socializar protocolo de lavado de manos, el uso de medidas de Bioseguridad en el proceso de atención y cuidados del paciente con criterios de Aislamiento, para la prevención de la diseminación de Infecciones.**

Aunque el protocolo de lavado de manos y el uso de medidas de bioseguridad en el proceso de atención ya se había socializado, este se debe hacer de nuevo incluyendo los criterios de cuidado de pacientes en aislamiento, de manera que no se disemine las infecciones de la patología que presenta el paciente, esta actividad pasa a ser parte de las acciones que se definirán en el PAMEC del próximo periodo 2018, siempre y cuando no se ejecute en los tres primeros meses del año en mención.

- **Establecer protocolo de Atención de Víctimas de maltrato y violencia sexual**

El auditor médico del Hospital Nuestra Señora de los Santos con el acompañamiento de la jefe de enfermeras de promoción y prevención, adoptaron con base a las cualidades de la institución y casos previos, el protocolo de atención de víctimas de maltrato y violencia sexual, definiendo el actuar frente a este tipo de situaciones, el conducto regular que se debe seguir, la identificación de posibles casos entre otros aspectos, claramente, este protocolo dictado por los entes normativos, paralelamente, teniendo en cuenta la importancia de dar el manejo adecuado a este tipo de situaciones, se crea un procedimiento específico donde se establece claramente la ruta crítica a seguir, pautas de actuación de cada uno de los responsables o personal que interviene entre otros, por políticas del hospital no se evidencia el protocolo ni el procedimiento interno, este se ubica en el Sistema de Gestión de Calidad, con código PP-PR-O1.

- **Ejecutar socialización con los profesionales de la salud y los funcionarios de la organización los lineamientos del protocolo de víctimas de maltrato y violencia sexual para garantizar la detección de casos y el seguimiento del protocolo**

Como toda política y protocolo que se diseñe o se adopte en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, se debe socializar, para el caso del protocolo de víctimas de maltrato y violencia sexual, se socializo por el auditor medico al personal médico y por la jefe de enfermeras al personal de enfermería de promoción y prevención, así como personal asistencial, para ello se soporta en acta de capacitación y se evidencia el listado de asistencia, en anexo A, evidencia 6.

- **Definir los procedimientos que requieren la firma de consentimiento informado para su realización, revisar y ajustar los consentimientos informados actuales**

Es deber del personal asistencial explicar de manera clara y solucionar las inquietudes al paciente en relación a determinado procedimiento que se le va a efectuar, posteriormente solicitar el permiso, antedicho en un documento físico, este documento se denomina consentimiento informado y es obligatorio solicitarlo al paciente para determinados procedimientos, que aunque lo exprese, se debe

documentar, en caso de tratarse de un niño o un adulto mayor debe firmarlo el padre o adulto encargado, además los consentimientos informados son fundamentales a la hora de realizar procedimientos en los que se pueden generar algún tipo de complicación o riesgos durante y después del procedimiento, por la naturaleza del mismo, por lo que el paciente debe expresar voluntariamente la realización del procedimiento al conocer todas las complicaciones, cuidados y resolver sus inquietudes en torno al procedimiento.

Se modificó y actualizó con ayuda del auditor médico y personal asistencial de odontología el consentimiento informado de este servicio, con código OD-FM-08, y se decidió que la estructura del consentimiento informado de este servicio, después de la definición de los procedimientos que requieren consentimiento informado, será la que debe seguir para justar los actuales o los que hagan falta, entre los aspectos más significativos que se modificaron se encuentran generalidades normativas, se incluyó un espacio para la descripción del procedimiento y la opción de disentir o abandonar el procedimiento.

Se definieron los procedimientos que requieren de consentimiento informado en junta de médicos, estos determinaron algunas complicaciones que pueden presentar y se establecieron, en primera instancia, algunos procedimientos, teniendo en cuenta que esta actividad solo hace referencia al análisis de los procedimientos asistenciales y definición de aquellos que necesiten la firma del consentimiento informado, se deja para el próximo periodo la actividad pendiente de estructurar el consentimiento informado para cada procedimiento seleccionado, estos procedimientos se describen de manera general, cuando se realicen los consentimientos informados se despliega en cada uno de los procedimientos la especificación correspondiente, estos fueron:

- Inyectología
 - Instalación de sondas
 - Suturas
 - Retiro de puntos
 - Toma de muestras
-
- **Socializar los lineamientos de Aplicación del Consentimiento Informado para los Procedimientos a los cuales les aplique.**

Los lineamiento así como la estructura que deberán seguir los consentimientos informados para los procedimientos previamente definidos, deberá ser la misma que el consentimiento informado con el que cuenta el servicio de odontología, este fue socializado en junta médica por el auditor médico acompañado por el gerente de la institución, donde se explicaron los puntos clave del consentimiento, la importancia de su diligenciamiento en términos patológicos y legales, entre otros aspectos.

- **Revisar el proceso de auditoría para la evaluación de historias clínicas en el que se define el método de muestreo y los parámetros evaluables de calidad en la adherencia a protocolos y guías de atención, verificar y garantizar que contemple el plan individual de atención, consentimiento informado, plan de egreso, pertinencia de la atención, correlación entre los resultados de ayudas diagnósticos y las decisiones clínicas.**

Se crearon los instructivos para ejecutar el proceso de auditoria con la intención de definir los lineamientos prácticos y claros, ya que la intención de esta acción es verificar de manera aleatoria, historias clínicas y revisar las guías y protocolos aplicables a las determinadas patologías o enfermedades de estas y los demás seguimientos o requisitos que debe incluir la historia clínica, verificar y garantizar que contemple el plan individual de atención, consentimiento informado, plan de egreso, pertinencia de la atención, correlación entre los resultados de ayudas diagnósticos y las decisiones clínicas, de esta manera verificar la calidad en los servicios con base a las herramientas y conocimientos previos necesarios, este proceso de auditoria también permitirá evidenciar necesidades de capacitación, aunque se crearon instructivos no se aplicó la auditoría, por lo que esta se debe ejecutar al inicio del periodo 2018 para que no pase a ser actividad del PAMEC del próximo periodo, ya que cuenta con un avance.

- **Ejecutar el procedimiento de auditoria y formalizar un proceso de educación a través de los resultados obtenidos en la auditoria medicas realizadas.**

Se creó el instructivo acorde para ejecutar el procedimiento de auditoria específico pero este no se aplicó, por lo que se deberá ejecutar en los tres primeros meses del año 2018, de lo contrario pasara a ser parte de las actividades PAMEC del próximo periodo.

- **Diseñar una metodología para identificar las necesidades de formación de los miembros de la J.D y definir proceso de Inducción.**

La junta directiva del Hospital Nuestra Señora de los Santos, encabezada por el alcalde municipal y el gerente de la institución, son claramente quienes toman las decisiones más importantes y trascendentales del hospital, por ello es importante que sus integrantes posean los conocimientos necesarios y oportunos para realizar la gestión adecuada, para ello se creó una encuesta en donde se definieron criterios o aspectos de formación pertinentes para el alcance y las funciones de la junta directiva, donde se definieron 7 criterios y en su aplicación los miembros de la junta directiva calificaron del 1 al 7 el grado de prioridad según sus necesidades, falencias o vacíos en alguno de los aspectos estipulados, siendo 1 el más prioritario y 7 el menos prioritario y al final se incluyó el espacio para que escribieran otro tema que consideraran importante respecto a las conocimientos que deben tener los miembros de la junta directiva del hospital, con la intención además, de tener una base para la encuesta del próximo año. Se anexa el modelo de la encuesta, sus resultados son de manejo interno por el gerente del hospital, anexo A, evidencia 7.

- **Establecer cronograma de formación a la junta directiva**

A partir de los resultados obtenidos por el diligenciamiento de la encuesta, aplicada a la junta directiva en la primera reunión del año 2017 se estableció un cronograma donde se incluyeron los temas más relevantes según los miembros de la junta directiva, según la importancia de cada tema se le programó la fecha más cercana sucesivamente, pero es importante resaltar que algunos miembros de la junta directiva, por sus funciones, se encuentran muy ocupados, y las reuniones son concretas y muy pocas en el año, incluso algunos no asistían, por ello solo se escogió el tema más relevante según los resultados de la encuesta para que fuera socializado, se estableció fecha en el cronograma con base en fechas de las reuniones de 2017, el abogado asesor del Hospital Nuestra Señora de los Santos fue el encargado de impartir la socialización del primer tema en el mes de Noviembre.

6.4 CAPITULO III: Acompañamiento a la conformidad del programa de Seguridad del Paciente Institucional en el hospital nuestra señora de los santos.

El Decreto 1011 de 2006 del que tanto se ha hecho mención fundamenta además el Programa de seguridad del paciente institucional en procesos asistenciales un programa fundamental para la gestión de la calidad de los servicios prestados por el Hospital Nuestra Señora de los Santos, pues a partir de rondas de seguridad se evidencian hallazgos o no conformidades para que se puedan intervenir oportunamente y estas no vayan a generar un accidente como tal, prevenir la probabilidad de ocurrencia o reducirlas al máximo, al igual que el manejo y seguimiento adecuado de eventos adversos, accidentes o incidentes que afectan o pueden afectar la seguridad del paciente, para lo cual se crea un comité de seguridad.

Debido a lo anterior y enmarcado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud el programa busca a partir de la gestión y seguimiento, la seguridad continua de los pacientes, donde la educación y culturización al personal es fundamental, así como la concientización del alcance y niveles de afectación de algún tipo de incidente o accidente, en la integridad del paciente, al igual que el oportuno reporte de los eventos adversos para poder generar planes de mejoramiento a partir de estos sucesos, dando como resultado una cultura de seguridad institucional procedente por todos los funcionarios de la Institución, reforzando el programa de Seguridad del Paciente, para ello se hace necesario las capacitaciones y rondas o auditorias periódicas.

En el Hospital Nuestra Señora de los Santos ya se había implementado el programa en mención, se conformó un comité de seguridad del paciente y se definieron las acciones de seguimiento, sin embargo, aunque estaba dando los resultados óptimos, en materia de seguridad y calidad de los servicios, se decidió dar operatividad, ya que es un programa que ha demostrado que el manejo y seguimiento efectivo genera grandes avances en materia de calidad, además el programa ya llevaba varios años funcionando de la misma manera y finalmente la Resolución 2003 de 2014 fortaleció y fundamento significativamente el programa, razones de peso para dar operatividad.

Es por ello que en la autoevaluación del PAMEC se priorizaron actividades y acciones para la mejora del programa, por lo que además, en la autoevaluación se detectaron debilidades y oportunidades de mejora, pero estas actividades, teniendo

en cuenta que el programa ya estaba implementado, se enfocaron en generar una cultura seguridad del paciente que permitiera detectar hallazgos, que evidencien inconvenientes o fallas relacionadas con factores que puedan propiciar peligros a la seguridad e integridad de los pacientes, enfatizando en la prevención del riesgo mediante estrategias como el seguimiento de las rondas o auditorias de seguridad y capacitaciones o sensibilizaciones con el personal, para fomentar el reporte oportuno de eventos adversos, al igual que el establecimiento de las medidas preventivas y correctivas, de esta manera se busca garantizar a los usuario una atención integra y segura, teniendo en cuenta que esta va más allá de la simple normatividad, ya que los problemas que se presentan en la atención de los servicios de salud, pueden ser evitables.

Así pues, además de cumplir con las actividades programas, capacitaciones, operatividad del comité, seguimiento a rondas de seguridad, entre otras, a medida que transcurría las actividades del programa en la presente pasantía, se crearon unas listas de chequeo para los principales servicios auditados, dos matrices para formalizar y dar un seguimiento más rigurosa a las rondas de seguridad y a los planes de mejora propuestos por los hallazgos de estas y una matriz de seguimiento a las capacitaciones programas, ya que a partir de los hallazgos también se programan capacitaciones con el objetivo de minimizar el riesgo de incidencia o reincidencia de algún evento adverso, por el desconocimiento en determinado tema o la forma de proceder, como un valor agregado al programa, que si bien ya estaba funcionando adecuadamente, a partir de falencias detectadas por la observación e involucramiento directo se pudo intervenir, creando estas herramientas de seguimiento por debilidades halladas en el programa.

Antes de proceder a describir y analizar las herramientas mencionadas, a continuación se evidencia de manera general los hallazgos detectados en las rondas de Seguridad del Paciente, en cuanto a cantidad, tipo de hallazgo o procedencia y un análisis general, pero no se especifica ya que por ética profesional y políticas internas del hospital no se permite revelar estos hallazgos de manejo interno, ni los planes de mejora designados para minimizar su impacto o incidencia, también es importante destacar que se realizó acompañamiento en todas las rondas programadas, donde se realizó la anotación de los hallazgos, la creación de las respectivas actas, la citación a las reuniones del comité de seguridad y el seguimiento y acompañamiento o ejecución de los planes de mejora que se crea tanto para cada ronda como para los eventos adversos del periodo auditado, con ayuda de los jefes de procesos responsables, así como seguimiento a estos con el

asesor de control interno, cuyo análisis permitió evidenciar las falencias nombradas anteriormente.

Cabe destacar que también se detectaron hallazgos positivos, pero a continuación solo se expondrán los hallazgos que pudieron afectar la seguridad del paciente, cada ronda se encuentra archivada en el Sistema de Gestión de Calidad, con las respectivas evidencias fotográficas, al igual de las reuniones de los comités, estos por políticas internas y ética profesional, como ya se dijo, no se evidencian en el trabajo escrito, ya que básicamente se generan planes de mejora por cada uno de los hallazgos y nombrarlos evidenciaría el tipo de hallazgo, también se realizaron, análisis y planes de mejora a eventos adversos reportados en cada comité así como la programación de las rondas y comité de seguridad del paciente y las citaciones correspondientes.

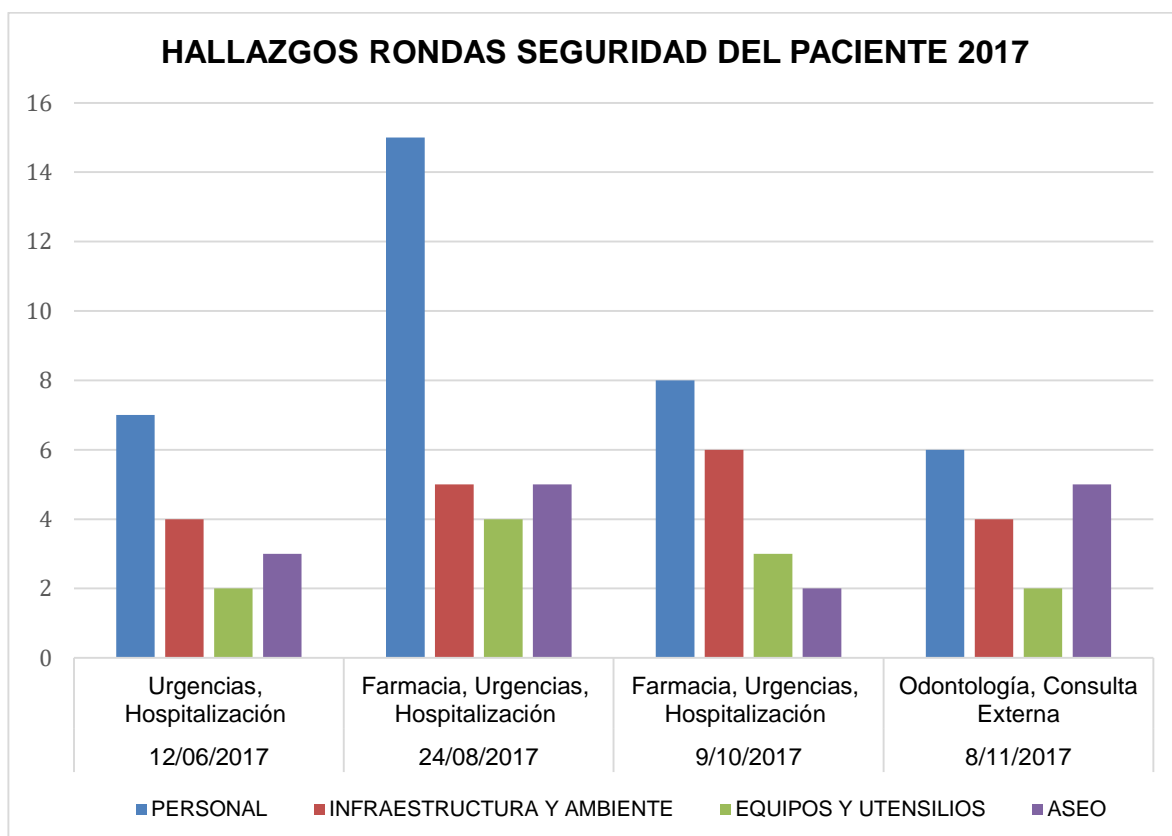
Tabla 6: Análisis de las rondas de Seguridad del Paciente realizadas en el periodo 2017

FECHA	PROCESO/ SERVICIO	NUMERO HALLAZGOS	TIPO DE HALLAZGO				ANALISIS GENERAL	PERSONAL AUDITOR	GASTOS EJECUCIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO
			PERSONAL	INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE	EQUIPOS Y UTENSILIOS	ASEO			
12/06/2017	Urgencias, Hospitalización	16	7	4	2	3	Es la primera ronda de seguridad que se ejecutó en el mes de junio, se llevaban varios meses sin realizar rondas y a pesar de ser la primera en el año, se evidenciaron bajo número de hallazgos, esto debido en gran medida a la concientización que se realizó en las áreas, pues se le daban pautas al personal, en este caso asistencial, respecto a la operatividad del programa de seguridad del paciente y a la importancia del mismo, así como el reporte oportuno de los eventos adversos, por ello en las auditoria en cierta medida, se dedicó gran parte del tiempo a la interacción con el personal, para esta ronda la mayoría de los hallazgos hicieron referencia al personal, por el no cumplimiento de determinados aspectos o por descuido de los mismos.	Auditor médico, coordinador SIAU, pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	\$ 246.000
24/08/2017	Farmacia, Urgencias, Hospitalización	29	15	5	4	5	Para la segunda ronda, después del análisis con el comité de seguridad del paciente de la ronda anterior y con base a la serie de capacitación de humanizaron de los servicios en salud, donde se estaban socializando aspectos de seguridad del paciente, se decidió realizar la ronda en tres servicios, con mayor acompañamiento para una mayor observación con base en los criterios de los asistentes, fue por ello que se detectaron poco más del doble de hallazgos que la ronda anterior.	Auditor médico, asesora calidad, pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	\$ 295.000

9/10/2017	Farmacia, Urgencias, Hospitalización	19	8	6	3	2	Continuando con la intención de detectar la mayor cantidad de hallazgos para poder generar el análisis correspondiente en los planes de mejora coherente y oportunos en las reuniones programas del comité, para esta ronda, hubo un acompañamiento mayor de jefes de procesos, para esta roda se pudo apreciar considerablemente mejoras gracias a los planes de mejora que se diseñaron, además, los hallazgos relacionados con el personal, bajaron considerablemente, también se presentaron varios hallazgos positivos en las áreas auditadas.	Auditor médico, coordinador SIAU, asesor control interno, jefe enfermeras, pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	\$ 187.000
8/11/2017	Odontología, Consulta externa	17	6	4	2	5	Con base a las mejoras importantes en los servicios de farmacia, urgencias y hospitalización, que son los servicios que por sus procedimientos pueden generar mayor incidentes o accidentes, se decidió en el comité relacionado con la ronda anterior, auditar dos servicios, odontología y consulta externa, fue la primera vez que se auditaban estos procesos, a pesar de ello se evidenciaron hallazgos positivos en ambos servicios, y hallazgos en su mayoría referentes a condiciones de infraestructura y equipos.	Auditor médico, coordinador SIAU, asesor control interno, pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	\$ 150.000

Fuente: Elaboración Propia con Base en las auditorias de Seguridad del Paciente, 2017.

Ilustración 7: Grafico Consolidado de los hallazgos en rondas de Seguridad del Paciente



Fuente: Elaboración Propia con Base en los Hallazgos de las rondas de Seguridad del paciente

En la tabla 6 se especifica además el presupuesto del gasto de ejecución de los planes de mejoramiento, los cuales se definen posteriormente con base en los hallazgos de las rondas de seguridad, en el apartado del presupuesto se especifican los rubros del gasto general para los planes de mejoramiento. Ver tabla número 14.

Una de las falencias que se pudieron detectar en el programa de seguridad del paciente radican en el comité del mismo en el proceso de seguimiento a los planes de mejora, ya que por la carga laboral y las funciones de los diferentes jefes de procesos que son generalmente quienes deben aplicar esos planes de mejora con ayuda del área de calidad, control interno o gerencia, no realizan oportunamente la ejecución de estos planes de mejora ya que el tiempo no les alcanza o simplemente

se descuidan y cuando se realizan las reuniones del comité se dejan pasar estas acciones, se van acumulando y se olvidan, pero se vuelven a reflejar en las rondas posteriores, lo que genera reincidencia.

Razón por la cual se crea una matriz en la que se incluyen los planes de mejoramiento para cada hallazgo o grupo de hallazgos, pues algunas veces una acción permite abordar varias fallencias, indicando el responsable, el plazo sugerido, la evidencia y una semaforización que indica el cierre, atraso o que aún no se ha iniciado, inmediatamente estas actividades sin inicio o atraso deben pasar la matriz que corresponde a la ronda actual, para que estas tengan seguimiento oportuno y el cierre adecuado, de esta manera en cada ronda quedan instauradas las acciones que no se ejecutaron y las nuevas establecidas para el periodo auditado. Se puede apreciar la matriz de seguimiento en el anexo D.

En cuanto a las listas de chequeo creadas para algunos servicios habilitados, seleccionados con base a los servicios donde se presentan o se pueden presentar con mayor frecuencia algún tipo de accidente o incidente, por los procedimientos que se realizan y por el flujo de pacientes; se crean por necesidades detectadas en el acompañamiento en las rondas de seguridad, donde se pudo evidenciar que los hallazgos se detectan por observación directa en los servicios, aunque claramente las rondas se realizan con profesionales en la salud, algunas ocasiones se pasaba por alto revisar u observar determinados aspectos de infraestructura, personal, documentación o aseo, por lo que estas listas de chequeo, estructuradas con base en la resolución 2003 de 2012 en los servicios habilitados para un hospital de primer nivel de complejidad, fueron posteriormente aprobadas por el auditor médico de la institución.

La intención de estas listas de chequeo es permitir abordar todos los aspectos y criterios posibles en cada ronda de seguridad y hacer un análisis y cotejo respecto con las rondas anteriores, de manera que se pueda detectar la reincidencia de no conformidades, sean estas menores o mayores, pues la repetición, aunque sea un hallazgo menor, puede repercutir en una falla grave por la falta de atención e intervención oportuna, además, estas listas tienen la intención de facilitar los procesos de auditoría así como aprovechar el tiempo de manera que se pueda auditar un mayor número de servicios teniendo a la mano una herramienta con la que básicamente se siguen una serie de criterios establecidos por cada servicio, o por lo menos, los más relevantes en materia de seguridad del paciente, se crearon cinco listas de chequeo para los servicios de Hospitalización, Urgencias, Consulta

Externa, Odontología y Laboratorio, las cuales se pueden apreciar en los anexos E, F, G, H, I.

Además, se creó otra matriz para el manejo especialmente del área de calidad, como herramienta para hacer seguimiento a las diversas acciones y planes de mejora de las rondas, eventos adversos, PQRS, auditorías externas, auditorías internas y demás hallazgos o disposiciones de los diferentes entes de control y regulación, con la intención de que se pueda dar el seguimiento adecuado y pertinente con las fechas límites, responsables, evidencia y con la respectiva semaforización y sobre todo especificar mediante la herramienta 5W 1H, todos los aspectos del plan de mejora para su ejecución adecuada y adicional a estas herramientas nombradas, se crea la última matriz para el cronograma y seguimiento de las capacitaciones que se establecen al principio del año y las que se adicionan según disposiciones o necesidades identificadas, estas matrices poseen comandos y condiciones que facilitan su uso y seguimiento. Se expone la matriz de seguimiento a planes de mejoramiento con la herramienta 5W 1H en el anexo J.

La última matriz se creó no solo con la intención de aportar a la mejora del programa de Seguridad del Paciente, esta matriz además, es transversal para todas las áreas y servicios especialmente el área de calidad y gestión humana que son generalmente quienes programan la mayoría de las capacitaciones, pero se ha presentado en la institución situaciones en las que las capacitaciones se acomunalan al finalizar los periodos y algunas de estas no se ejecutan conforme a las fechas establecidas, pues se desconoce o no se posee la herramienta o el formato para llevar el seguimiento a estas capacitaciones programadas, además, al ejecutar las capacitaciones conforme a lo programado se puede incidir en mejoras de la calidad o minimizar el riesgo de eventos adversos pues la mayoría de estas nacen por necesidades observadas, disposiciones de los entes de control o auditorías internas y externas, esta matriz se puede apreciar en el anexo K.

Finalmente, se crea un modelo para consolidar las rondas de seguridad que se realicen así como sus hallazgos, porcentaje de cumplimiento y evaluación, de manera que permita generar una comparación efectiva y no se disipe por el paso de las rondas, se evidencia el modelo en el anexo L.

6.5 CAPITULO IV: Apoyo en la implementación de los lineamientos del programa de Humanización de los Servicios en Salud y diseño de la

Política de Comunicación Interna y Externa en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

El programa Humanización de los Servicios de Salud, establecido por la resolución 123 de 2012 en procesos prioritarios, por experiencia de otras instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, han alcanzado avances significativos en materia de calidad en la prestación de los servicios, gracias a la implementación de este programa. Este se fundamenta en la declaración de compromiso del Hospital Nuestra Señora de los Santos, en materia de calidad como principio primordial adoptado por la institución en la atención centrada en el usuario, pues el servicio al usuario constituye un factor fundamental para la sostenibilidad de la institución y por ello al ofrecer a sus pacientes, usuarios y familiares un trato adecuado, cortés y empático y servicios eficientes de alta calidad, generan un impacto positivo en la correlación entre la institución y el paciente.

Para el Hospital Nuestra Señora de los Santos, prestar servicios con calidez humana se convierte en la consigna primordial y en un factor clave de éxito y diferenciación, para lograr la satisfacción de los usuarios y su fidelización. Es por ello que desde el año 2016 se han realizado una serie de acercamientos, sensibilización y concientización con todo el personal respecto a la Humanización en los servicios de salud, incluyendo estrategias en el plan de gestión gerencial 2016 – 2020 del Hospital Nuestra Señora de los Santos, encaminando a transformar no solo al personal asistencial sino también administrativo, involucrando la calidez y empatía en la atención de los colaboradores.

Para el año 2017 se continuó efectuando y re direccionando, con el propósito de que la prestación de los servicios en el hospital, se brinde sobre la base del trato digno y humanizado para todos los usuarios, pacientes y familiares. Por ello, mediante la presente pasantía, se decidió implementar el programa en mención, pues ya se venía trabajando el pro de servicios más humanos y mediante el apoyo al área de calidad se iniciaron las actividades para implementar el programa de Humanización de los Servicios en Salud en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Dando cumplimiento a la normatividad, compromiso de la institución e intencionalidad de la alta dirección, se realizaron una serie de socializaciones y actividades con el objetivo de capacitar a todo el personal, en Humanización de los servicios en salud, cuyo objetivo principal fue, a partir de diversos temas, instituir en los colaboradores la importancia de prestar servicios más humanizados, atender a

los usuarios con tolerancia y respeto, tanto administrativos como misionales, desmitificar paradigmas para no solo ver al usuario desde su perspectiva física, sino además de una forma global, desde su dimensión psicosocial, emocional y relacional, además se trataron temas como la comunicación asertiva, perspectivas, paradigmas, seguridad del paciente, resocialización de código de ética de la institución, entre otros y una conclusión final con un capacitador externo, recalcando y reforzando el objetivo de instaurar la idea de prestar servicios más humanizados.

Así pues se creó un grupo encargado de la logísticas de toda la implementación del programa, este se conformó con la psicóloga de la institución, la coordinadora de calidad y el coordinador de SIAU, por medio de la presente pasantía se impartieron las capacitaciones del programa para todos los funcionarios de la institución, se creó el siguiente plan de acciones para la implementación del programa, el cual también especifica el gasto de ejecución de cada una de las fases para la implementación del programa, en el apartado de presupuesto se especificaran los rubros del gasto general destinados para la capacitación en mención. Ver tabla número 13.

Tabla 7: Plan de acción y cronograma para la implementación del programa de Humanización en los Servicios de Salud

ACTIVIDAD GENERAL	ACTIVIDADES INDIVIDUALES	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES	RESPONSABLE	DIRIGIDO A	FECHA	GASTOS EJECUCION CAPACITACIÓN
Actividad de socialización y capacitaciones en Humanización de los Servicios en Salud	Planeación de actividades	Creación de estrategias para el desarrollo de las actividades	Documento donde se describa uno a uno las actividades a desarrollar en humanización	Todo el día	PC, fotocopias	Psicóloga, Coordinadora de calidad, Coordinador SIAU, Pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	Todo el Personal	8,9 y 10 de agosto de 2017	\$ 10.000
	Sensibilización sentido de pertenencia, Humanización, Seguridad del Paciente	Dinámica lúdica y socialización	video foro, conversatorio, palabras claves habilidades, dividir por grupos por subgrupos para hacer una dinámica decálogo del buen trato	Una hora (4:00 p.m.)	Papel Bock, marcadores, Video Bond , PC, cartulina, Fomy, Premio, Refrigerio, listado de asistencia, ganchos, Invitaciones	Psicóloga, Coordinadora de calidad, Coordinador SIAU, Pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	Todo el Personal	23, 24 y 25 de agosto de 2017	\$ 190.000
	Comunicación Asertiva, Respeto y Paradigmas	Taller percepción y sensación	canales de comunicación, imágenes, videos, dinámica	Una hora (4:00 p.m.)	Laminas, Presentación en Power Point, refrigerio, premio.	Psicóloga, Coordinadora de calidad, Coordinador SIAU, Pasante calidad (Daniel Henao Reyes)	Todo el Personal	6,7 y 8 de septiembre de 2017	\$ 120.000
	Reinado de Valores, Código de Ética, Promoción de Derechos y Deberes en Salud y Capacitación Integral Externa.	Dinámica lúdica y socialización	Grupos de personas que tendrán un valor para apoyar a su grupo actividad realizado por un experto en el tema.	Una Tarde	Papel Bock, marcadores, Video Bond , PC, cartulina, Fomy, Premio, Refrigerio, listado de asistencia, ganchos, Invitaciones , Papelillo, certificados.	Psicóloga, Coordinadora de calidad, Coordinador SIAU, Pasante calidad (Daniel Henao Reyes) y Capacitador Externo.	Todo el Personal	28 de Septiembre de 2017	\$ 480.000

Fuente: Elaboración Propia con Base en Primera Reunión del Programa Humanización de los Servicios en Salud, 2017.

Las capacitaciones se dividieron en tres fases:

- Primera fase: Sensibilización respecto al tema y acercamiento inicial
- Segunda fase: Comunicación asertiva, respeto y seguridad del paciente
- Tercera fase: Código de ética, reinado de los valores y capacitación externa

En la primera fase se dio un acercamiento inicial y se realizó la socialización del tema central, significados y conceptos de humanización, se expusieron algunos videos y finalmente se realizaron las dinámicas con el objetivo de dispersar el cansancio físico y mental, pues los funcionarios venían de la terminación de su jornada laboral, además sirvieron de apoyo para hacer llegar mejor el tema de una forma lúdica; en la segunda fase se socializaron subtemas relevantes respecto el tema central, la comunicación asertiva y el respeto, donde se platico acerca de las perspectivas y paradigmas a la hora de tratar con los compañeros de trabajo y los usuarios, teniendo en cuenta que la humanización de los servicios es tanto hacia adentro de la institución como hacia fuera de esta, pues la relaciones laborales impactan directamente en el clima organizacional y esto se contagia y se refleja en el servicio, enfatizando en la comunicación pues son la base o el punto de partida de las relaciones interpersonales.

Como en la primera fase, se realizaron dinámicas y actividades lúdicas y finalmente se habló sobre el programa Seguridad del Paciente Institucional, su relación con la calidad y el trato al usuario, en la tercera fase, se realizó una jornada más extensa, medio día, con todo el personal en un lugar fuera del hospital, con la intención de evitar distracciones o interrupciones, se realizó la socialización o para quienes ya lo conocían, resocialización del código de ética institucional, se procedió con el reinado de los valores de manera que, de una forma lúdica y participativa, los funcionarios recordaran con mayor facilidad los valores de la institución y la razón por la cual estos hacen parte del código de ética, donde se pudo apreciar la grata participación y buena actitud frente a la actividad y finalmente se dio clausura con una capacitación externa, de igual forma, fue muy dinámica y los temas fueron coherentes y concretos, esta capacitación cerro con la entrega de los certificados y recordatorio.

Es importante destacar la asistencia y activa colaboración de los funcionarios, superando las expectativas de los organizadores, también cabe resaltar que todo el personal en cada fase se dividió en tres grupos, por lo que cada fase se ejecutó en tres días, un día por cada grupo, para que estas socializaciones fuesen más amenas y propicias, como grupos pequeños, a participar en las actividades y dinámicas

programadas, esto se hizo con el fin de abordar cabalmente los temas, pues la intención de todo el proceso fue que esta capacitación tuviera un impacto real en los funcionarios y la comunidad, ya que eran complejos los temas y la cantidad de funcionarios no permitía ejecutar las actividades y dinámicas efectivamente.

Además, los cargos más altos en la estructura organizacional como la gerencia tanto del hospital como de Asoinsalud, empresa contratista del 70% del personal, el subgerente, el área de calidad y control interno, realizaron el acompañamiento e intervención durante todas las charlas y pláticas en los tres grupos de cada fase, para respaldar el compromiso de la alta dirección como las personas que toman las decisiones más trascendentales y ejemplos a seguir en la institución.

Para dar seguimiento respecto a la efectividad de las capacitaciones y la implementación del programa, se creó y aprobó la política de humanización, y a manera de valor agregado, se creó una lista de chequeo para poder realizar rondas mensuales de humanización en los servicios y poder realizar seguimientos a las PQRS y encuestas de satisfacción, respecto al servicio prestado por los funcionarios para realizar el cruce correspondiente con los resultados de las rondas y poder dar el manejo adecuado teniendo en cuenta todo el proceso de capacitación que se realizó, se evidencia lista de chequeo en el anexo M.

Finalmente, en cada fase se realizaron encuestas con el objetivo de evaluar el nivel de organización, importancia y receptividad de los funcionarios, ya que es importante destacar que este tipo de capacitaciones lúdicas no son comunes en entidades públicas, cuyos resultados se pueden apreciar en el anexo C, el análisis fue en siguiente:

- La primera pregunta, ¿Considera que los temas desarrollados en el evento fueron acordes para su desempeño laboral y personal, respecto a la humanización del servicio?, se crea con la intención de medir el nivel de percepción y acogida de los temas que se trataron durante las capacitaciones respecto al aporte al desempeño laboral y personal, los resultados fueron totalmente positivos, por lo que se adujo que se logró los objetivos, cautivar la atención de los funcionarios y hacer llegar efectivamente los temas.
- La segunda pregunta, ¿Estuvo de acuerdo con la organización, el desarrollo de las dinámicas y el soporte logístico?, se realizó con la intención de medir el trabajo logístico que se realizó y sobre todo evidenciar si los funcionarios

acogen positiva o negativamente este tipo de capacitaciones lúdicas, las respuestas también fueron totalmente positivas, en las tres fases.

- La tercera pregunta, ¿Los capacitadores dominaron los temas tratados, actividades realizadas y tiempos establecidos?, hace referencia al manejo adecuado o no de la logística de las capacitaciones, para evidenciar si las personas encargadas realmente hicieron llegar los temas a los funcionarios, pues en las capacitaciones es fundamental el dominio de estos aspectos, de lo contrario la receptividad no será la adecuada, la respuesta, al igual que en las anteriores preguntas, fue totalmente positiva.
- la última pregunta fue abierta, ¿Qué opinión le merece el tema humanización de los servicios en salud?, para conocer la opinión de los funcionarios respecto a los temas y al programa en general, para tabular se escogieron las tres respuestas relacionadas y aquellas que no respondieron, donde se pudo evidenciar que este tipo de capacitaciones con el manejo de actividades y talleres lúdicos son acogidos por los funcionarios pues la mayoría respondió continuidad de este tipo de capacitaciones y la segunda respuesta más alta fue respecto al aporte del tema en su desempeño laboral. Por lo que en general se superaron las expectativas y según la encuesta se alcanzó el objetivo de realizar la capacitación de una manera diferente para hacer llegar el tema de forma más efectiva, se puede evidenciar fotografías de las capacitaciones realizadas, en el anexo B.

Es así entonces, como se apoyó la implementación del programa de Humanización de los Servicios en Salud y se le dio seguimiento inicial y una herramienta para consignar, mejorando el programa que además permita evidenciar mejoras en los servicios.

Durante el proceso de implementación del programa se dio un acercamiento importante con los funcionarios del Hospital, evidenciando algunos aspectos a mejorar por pláticas y charlas que se impartieron, por ello en la presente pasantía, se realizó como valor agregado al Hospital Nuestra Señora de los Santos, el diseño de la política de comunicación interna y externa, ya que si bien es cierto que el diseño de esta política compete específicamente al área de control interno y calidad, si nace de una necesidad que involucra a toda la entidad y afecta o puede afectar la calidad de los servicios que presta el hospital. Pues en la implementación y seguimiento del PAMEC y los programas Humanización de los Servicios en Salud

y Seguridad del Paciente se evidenciaron la necesidad de establecer los lineamientos de la comunicación en la entidad.

La institución debe tener, por normatividad una política de comunicación establecida, donde el área de calidad y control interno juegan un papel importante en la implementación, cumplimiento y seguimiento de la presente política, mediante la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) pues la información es fundamental al momento de prestar servicios humanizados y de calidad y poder fortalecer el Modelo estándar de Control Interno (MECI) de la institución, donde en el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión dos, se establece su obligatoriedad.

Aunque se han realizado iniciativas para su diseño y posterior implementación, no se ha podido consolidar una política clara, pues se denotaba la importancia de la retroalimentación, del conocimiento de los programas, de las metas u objetivos establecidos, de políticas, acciones o actividades que se están adelantando, que ya se realizaron o el seguimiento a las mismas, así como aquellas programadas, pues incluso algunos funcionarios expresaban, no poder dar la información suficiente y pertinente a los usuarios por el desconocimiento y muchas veces no podían intervenir o notificar por este mismo motivo, al existir cuellos de botella en el flujo de la información.

Sin embargo, se presenta una clara necesidad, interés y voluntad por parte de algunos funcionarios de la institución de establecer de una manera clara y formal la comunicación interna y externa a nivel institucional, que respalda el diseño de la política así como el documento metodológico ligado a esta; el Hospital cuenta con áreas, servicios y una estructura organizacional bien definida y establecida que en conjunto permiten mejorar la gestión de la entidad con ánimos de optimizar los procesos y poder prestar servicios íntegros y de calidad, pero se han presentado situaciones a causa del escaso flujo de información, en procesos, áreas y servicios que por lo anterior no se vinculan correctamente y esto genero dificultades e inconvenientes en la prestación de los servicios de la institución, además, el Hospital posee los medios apropiados y suficientes para generar flujos de comunicación sin cuellos de botella, pero varios de estos no se están utilizando cabalmente e incluso se han dejado de utilizar casi en su totalidad.

Por los argumentos anteriores, se decidió diseñar la política de comunicación interna y externa estableciendo todos los aspectos normativos y los lineamientos, caracterizando los medios de comunicación con los que cuenta el hospital,

priorizando la comunicación horizontal y minimizando los medios jerárquicos que cada día se aplanan más y diseñando acciones y recomendaciones para instaurar la política de comunicación clara y eficiente, como herramienta de transmisión de información y orientación frente a los servicios, políticas, objetivos, estrategias, programas y demás aspectos que sean relevantes y de pertinente comunicación, o que influyen en el correcto funcionamiento de los procesos y oportuna prestación de servicios de calidad, tanto al interior como hacia fuera de la institución, sean estos usuarios, pacientes, familiares, entre otros.

Finalmente cabe destacar que la presente política de comunicación interna y externa se creó con el apoyo del asesor de Control Interno y la asesora de calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos, donde estos dieron los lineamientos establecidos, reforzaron algunos apartados, verificaron y aprobaron la política de comunicación, sin embargo esta se debe someter a modificaciones y mejoras por parte del comité de calidad e incluso en la medida de lo posible establecer un comité propio de comunicación, de igual forma este documento queda en manos del área de calidad y control interno quienes deberán ejecutar las actividades nombradas, además, cabe destacar que el documento en mención incorpora los aspectos normativos de las políticas en la institución, la definición clara de la política, aspectos propios de la comunicación dentro de la institución, objetivos, principios, funciones, componentes y sobre todo se hace énfasis en la caracterización de los medios de comunicación creando un plan de acción y recomendaciones para el fortalecimiento de la comunicación con base a las falencias y necesidades allí establecidas.

6.6 CAPITULO V: Análisis del perfil de morbilidad de acuerdo a las directrices de adopción de Guías y Protocolos de Práctica Clínica en el Hospital Nuestra Señora de los Santos

Para toda institución prestadora de servicios de salud, las guías y protocolos son fundamentales para realizar correctamente los procedimientos habilitados o para actuar frente a determinada situación, enfermedad o patología, pues son estos los lineamientos o recomendaciones que robustecen la asistencia del personal de salud, como respaldo en la atención a los pacientes. Estas guías son fundamentales en el diario actuar de la institución, cuando se crean se deben adaptar a las especificaciones y necesidades del Hospital Nuestra Señora de los Santos y si es necesario realizar las modificaciones que se requieran.

Estas guías son creadas, modificadas y actualizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en evidencias científicas, avances en materia de salud, presencia de enfermedades epidemiológicas, virus, pandemias entre otros, son publicadas en la página web del ministerio de salud y protección social, consecutivamente las instituciones prestadoras de servicios de salud deben estar atentas a dichas publicaciones para su posterior análisis, modificación y adopción o cuando se haga necesario, se deben adoptar las guías y protocolos por análisis del perfil de morbilidad, habilitación de determinados servicios o presencia de patologías o enfermedades poco comunes.

Es importante tener en cuenta que el Hospital Nuestra Señora de los Santos es un hospital que pertenece al primer nivel de complejidad, lo que significa que la promoción y prevención son prioridad, y se habilitan los servicios en función de lo anterior, es por ello que anualmente, en lo corrido del año se está pendiente de las guías y protocolos que se deben adoptar, el auditor médico, control interno y el área de calidad son quienes generalmente están atentos a las disposiciones de los diferentes entes de control y de responder a las necesidades que se presentan, ya que al ser la calidad transversal, estas guías permiten estandarizar y otorgar los lineamientos para realizar correctamente un procedimientos o actuar frente a determinada situación o patología, minimizar presencia de errores o eventos adversos, apoyando la seguridad y calidad de los servicios que presta el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

Es por ello que durante el tiempo de la presente pasantía con la intención de contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios, aspecto primordial y central en todos los objetivos establecidos en la presente monografía, se realizó la adopción, documentación, implementación y actualización de algunas guías y protocolos, a partir de las necesidades presentes y el análisis correspondiente, con ayuda del auditor médico o los asesores de calidad y control interno, se realizaron los ajustes necesarios, se diseñaron las resoluciones correspondientes, posteriormente se socializan generalmente al personal asistencial, a los funcionarios del área o servicios al que aplica determinada guía o protocolo.

Además, como un valor agregado a la institución se realizó el perfil de morbilidad con su respectiva consolidación y análisis con corte al 31 de diciembre de 2017, perfil que será expuesto posteriormente, contiguo a esto se realizó un cotejo en el Sistema de Gestión de Calidad, respecto a las guías que se han ido adoptando con las patologías arrojadas en el RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) para que estas sean adoptadas en el presente periodo 2018,

este análisis se expone en la primera reunión del año de la junta directiva y permite tomar decisiones con base a los resultados para ejecutar decisiones y establecer estrategias para la mejora, ya que determinan si las estrategias que se han utilizado están respondiendo efectivamente a la misión del hospital, como hospital de primer nivel, donde se prioriza la promoción y prevención, pues el perfil de morbilidad puede indicar fallas en la divulgación de programas como jornadas de vacunación.

Antes de presentar el análisis del perfil de morbilidad cabe mencionar que este objetivo y las acciones realizadas para la consecución del mismo no discrepan del área de calidad y de la intencionalidad del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, primero porque en la resolución 2003 de 2012 en el estándar de procesos prioritarios asistenciales definen la obligatoriedad de la adopción de las guías y protocolos de práctica clínica y segundo porque también permite tomar medidas en el área de calidad, con base a las rondas de seguridad y los eventos adversos reportados, pues se reportan fallas o problemas por la falta de adherencias o ausencia de guías y protocolos y permite establecer las capacitaciones que se hacen necesarias.

Lo que responde a las mejoras de la calidad de los servicios por la intervención oportuna de posibles fallas o incidentes, por no poseer los lineamientos que proporcionan la adopción, modificación o actualización de Guías y Protocolos de Práctica Clínica en los procedimientos ejecutados por el personal asistencial.

Perfil de morbilidad 2017 Hospital Nuestra Señora de los Santos

El presente perfil de morbilidad se configura en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017 este se crea con la intención de obtener información y realizar el análisis pertinente para tomar decisiones en materia de calidad, que impacte positivamente en la salud de la población y la comunidad, al gestionar las estrategias de promoción y prevención y buscar formas de reducir las patologías y enfermedades de mayor causa de atención, además, crear estrategias para gestionar recursos, equipos, infraestructura, como la adquisición de vacunas, jornadas de sensibilización o capacitación para el manejo de determinadas patologías, jornadas de vacunación, la compra de equipos, entre otros.

La recolección de la información y tabulación de los datos se generan con base en el RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) que realiza

una recolección sistemática de datos, durante el periodo nombrado, se presentan las tablas con el número de casos o enfermedades más frecuentes de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa atendidas, de acuerdo al nivel de frecuencia en el que se presentan, se toman las diez primeras causas de cada uno de estos servicios, es decir, el tipo de patología o enfermedad por la que acuden o llegan pacientes a estos servicios, y con base en estas se realiza el análisis correspondiente.

Análisis servicio de consulta externa

Tabla 8: Diez primeras causas de consulta externa

INFORME MORBILIDAD DETALLADO - HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS

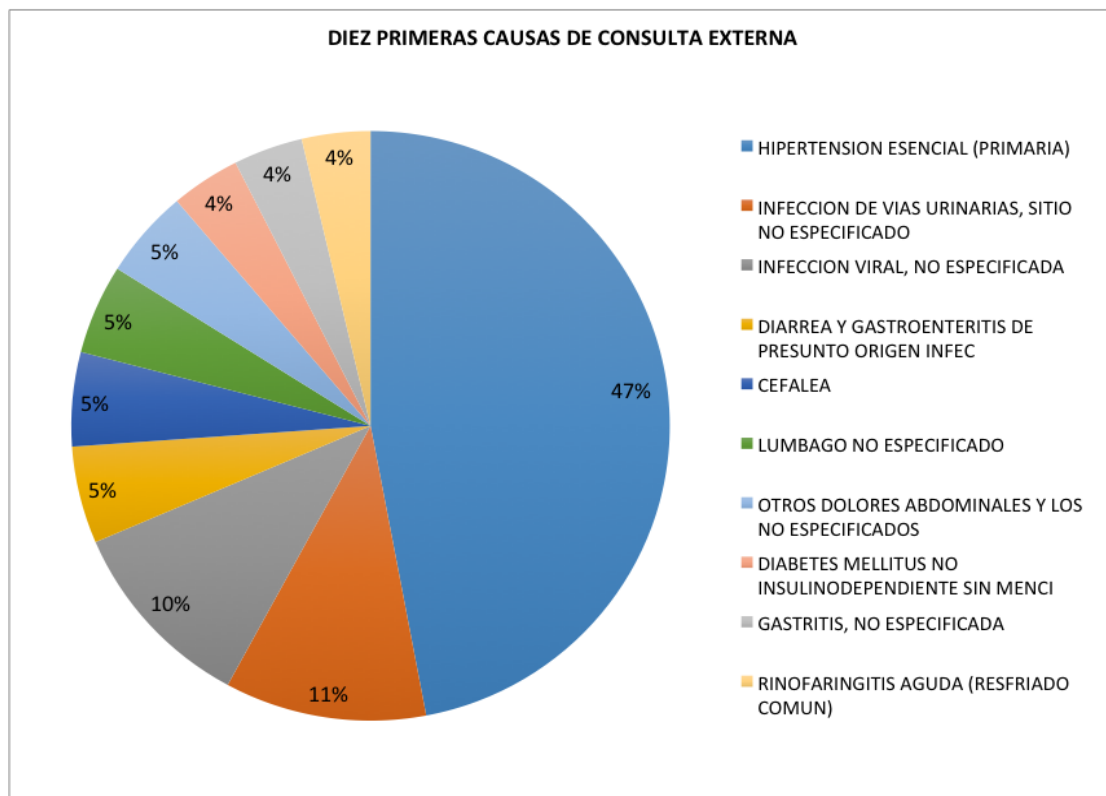
Del : 01/01/2017 - A : 31/12/2017

<i>Codigo</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cant</i>	<i>Porc</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Tasa_100</i>
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5331	16,25	16,25	41010,85
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1236	3,77	3,77	9508,42
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	1205	3,67	3,67	9269,94
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECC	604	1,84	1,84	4646,51
R51X	CEFALEA	585	1,78	1,78	4500,35
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	557	1,7	1,7	4284,95
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	550	1,68	1,68	4231,09
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION	425	1,3	1,3	3269,48
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	425	1,3	1,3	3269,48
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	420	1,28	1,28	3231,02

Informe Generado por YOLANDA LORZA

Fuente: Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2017.

Ilustración 8: Grafica de la diez primeras causas de Consulta Externa



Fuente: Elaboración Propia con base en los resultados arrojados por el RIPS, 2017.

Para el periodo 2017 en consulta externa y como se puede observar en la gráfica, la hipertensión esencial primaria es la principal enfermedad o causa de consulta, la cual representa el 47% de las diez primeras causas de este servicio, con 5.371 casos, siendo una sola enfermedad la que representa casi la mitad de la mayor frecuencia en consulta externa, aspecto que llama la atención, las demás consultas son menos representativas donde predominan dos enfermedades infecciosas, infección de vías urinaria y la infección viral, estas patologías continúan en la escala siendo, sucesivamente, la segunda y tercera causa más frecuente en el periodo 2017 del servicio de consulta externa, se categorizan como enfermedades leves, siempre y cuando sean tratadas oportuna y adecuadamente.

Análisis servicio de hospitalización

Tabla 9: Diez primeras causas de hospitalización

INFORME MORBILIDAD DETALLADO - HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS

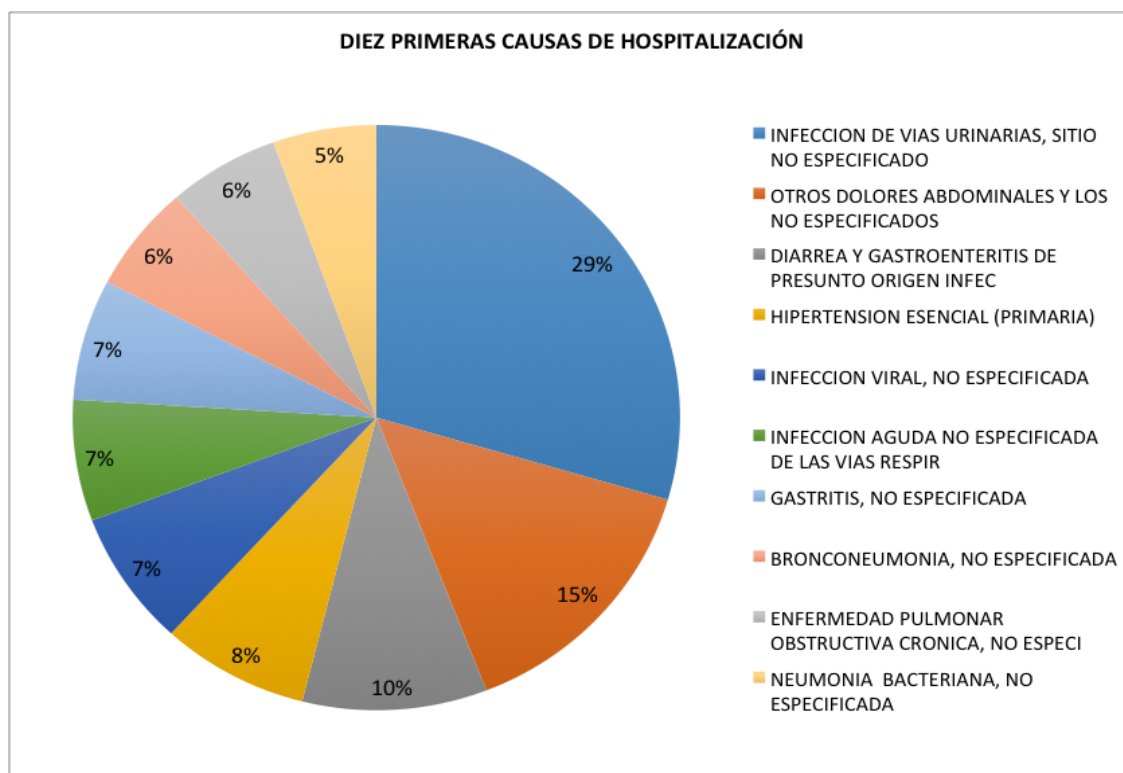
Del : 01/01/2017 - A : 31/12/2017

Codigo	Nombre	Cant	Porc	Acumulado	Tasa_100
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	75	10,62	10,62	576,97
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	37	5,24	5,24	284,64
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECC	25	3,54	3,54	192,32
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	20	2,83	2,83	153,86
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	19	2,69	2,69	146,17
J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIR	17	2,41	2,41	130,78
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	17	2,41	2,41	130,78
J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	15	2,12	2,12	115,39
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECI	15	2,12	2,12	115,39
J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	14	1,98	1,98	107,7

Informe Generado por YOLANDA LORZA

Fuente: Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2017.

Ilustración 9: Grafica de la diez primeras causas de Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia con base en los resultados arrojados por el RIPS, 2017.

Los egresos representan las salidas del servicio de hospitalización, su número es mucho menor que el servicio de consulta externa, ya que en este servicio se realiza el tratamiento de enfermedades que han sufrido una transición o complejidad mayor que afectan al paciente, para este caso, la primera causa de consulta externa se convierte, para el servicio de hospitalización, en la cuarta y la infección de vías urinarias pasa a representar la primera causa de hospitalización con 75 casos en el año, es decir, la infección de vías urinarias.

Para este servicio es muy importante contar con las guías adecuadas para el manejo de estas patologías, pues ya se está tratando la enfermedad para minimizar su riesgo o amenaza y claramente la cura de esta, donde según el cuadro anterior, tres patologías, la infección de vías urinarias, otros dolores abdominales y diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, representan poco más de la mitad de las causas de mayor frecuencia de hospitalización.

Análisis servicio de urgencias

Tabla 10: Diez primeras causas de Urgencias

INFORME MORBILIDAD DETALLADO - HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS

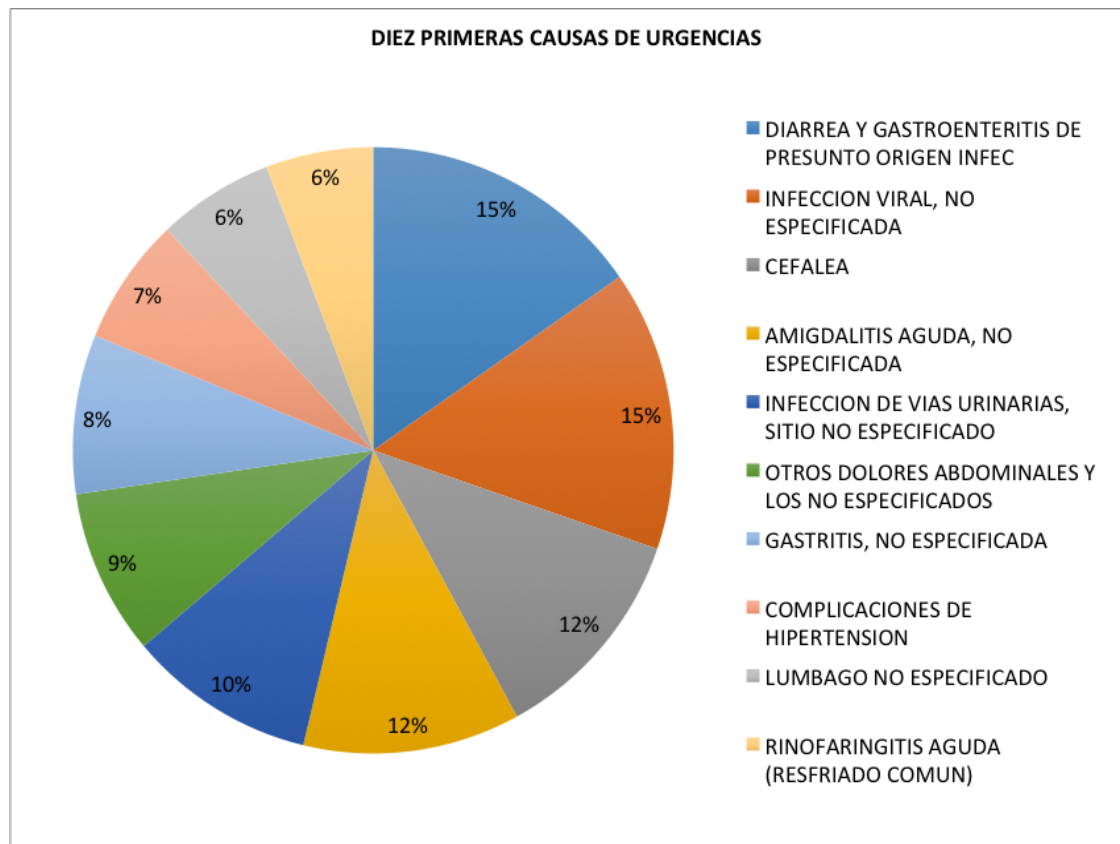
Del : 01/01/2017 - A : 31/12/2017

<i>Codigo</i>	<i>Nombre</i>	<i>Cant</i>	<i>Porc</i>	<i>Acumulado</i>	<i>Tasa_100</i>
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECC	135	5,06	5,06	1038,54
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	132	4,95	4,95	1015,46
R51X	CEFALEA	104	3,9	3,9	800,06
J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	103	3,86	3,86	792,37
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	89	3,34	3,34	684,67
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	78	2,92	2,92	600,05
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	75	2,81	2,81	576,97
I10X	COMPLICACIONES DE HIPERTENSION	60	2,25	2,25	461,57
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	55	2,06	2,06	423,11
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	51	1,91	1,91	392,34

Informe Generado por YOLANDA LORZA

Fuente: Hospital Nuestra Señora de los Santos, 2017.

Ilustración 10: Grafica de la diez primeras causas de Urgencias



Fuente: Elaboración Propia con base en los resultados arrojados por el RIPS, 2017.

Finalmente, para el caso del servicio de urgencias, servicio al que se acude cuando una enfermedad no es tratada adecuadamente o esta aumenta su complejidad y presume una amenaza inmediata, para la vida o integridad del paciente y precisa manejo y atención rápida, las diez primeras causas son por empeoramiento de una enfermedad, por aparición repentina de un cuadro grave pero ninguna por algún tipo de accidente, siendo la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la infección viral, las principales causas de urgencias y representan frecuencias muy similares, donde se puede observar en la gráfica anterior, que cuatro enfermedades representan poco más de la mitad de las causas, aspecto que no sucede en los servicios de urgencias y consulta externa.

Aunque en todos los servicios son fundamentales las guías y protocolos de práctica clínica, para este servicio pueden significar un aspecto vital, pues representan

situaciones donde la rápida y efectiva acción resulta trascendental para el paciente, por ello el conocimiento claramente del profesional y los lineamientos definidos son vitales en el servicio, pues el tiempo que se puede tener para tomar decisiones en consulta externa y hospitalización, no se tiene en urgencias.

Este análisis representa solo una conclusión con base a los resultados arrojados por el RIPS, pero esta información se debe someter a un análisis clínico más profundo por parte del coordinador médico y el gerente del Hospital Nuestra Señora de los Santos y es expuesto también en comité de calidad, en las primeras reuniones del año, para tomar decisiones y crear estrategias para que haya un mayor impacto positivo a futuro en la prevención y mejoramiento de la salud de la población y la comunidad, al tomar decisiones clínicas de promoción y prevención de enfermedades, siendo esto el objetivo misional macro de la institución como hospital de primer nivel de complejidad, ya que estos resultados arrojados por el RIPS, suponen, que siendo el único hospital público del municipio de la Victoria Valle, son estas las enfermedades que posiblemente afectan con mayor frecuencia a la población entera.

Por lo que las decisiones que se tomen con base en esta información pueden significar mejoras en la salud de la población en general, a continuación se muestra el cotejo que se realizó al Sistema de Gestión de Calidad, donde se evidencia la existencia, adopción o modificación de las guías y protocolos de práctica clínica para cada uno de estas patologías o causas de mayor frecuencia en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias para el periodo 2017, para el manejo y actuar pertinente frente a estas patologías y enfermedades, para el caso de las guías y protocolos de práctica clínica que no se encuentran en el sistema se debe crear en comité de calidad, un plan de mejoramiento para la adopción de estas en el hospital Nuestra Señora de los Santos en el año 2018.

Tabla 11: Guías y protocolos de práctica clínica existentes en el Sistema de Gestión de Calidad

CODIGO		SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	
CONSULTA EXTERNA		NOMBRE	CODIGO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	GUIA DE ATENCIÓN HIPERTENSION ARTERIAL	CE-GA-02
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	GUIA DE ATENCIÓN DE INFECCION DE VIAS URINARIAS	CE-GA-04
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	INFECCIÓN VIRAL NO ESPECIFICADA DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO	CE-GA-05
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC	GUÍA DE ATENCIÓN DE DIARREA Y GASTROENTERITIS	UR-GA-40
R51X	CEFALEA	GUIA DE ATENCIÓN DE CEFALEA	HO-GA-07
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	GUIA DE DOLOR LUMBAR	CE-GA-31
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	GUIA DE ATENCIÓN DOLOR ABDOMINAL AGUDO	UR-GA-05
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCI	GUÍA DE ATENCIÓN DIABETES MELLITUS	CE-GA-07
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	CE-GA-28
HOSPITALIZACIÓN		NOMBRE	CODIGO
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	GUIA DE ATENCIÓN DE INFECCION DE VIAS URINARIAS	HO-GA-16
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	GUIA DE ATENCIÓN DOLOR ABDOMINAL AGUDO	UR-GA-05
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC	GUÍA DE ATENCIÓN DE DIARREA Y GASTROENTERITIS	UR-GA-40
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	GUIA DE ATENCIÓN HIPERTENSION ARTERIAL	HO-GA-38
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	INFECCIÓN VIRAL NO ESPECIFICADA DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO	HO-GA-04
J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIR	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	HO-GA-22
J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	HO-GA-22
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECI	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECI	HO-GA-39
J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	HO-GA-22
URGENCIAS		NOMBRE	CODIGO
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFEC	GUÍA DE ATENCIÓN DE DIARREA Y GASTROENTERITIS	UR-GA-40
B349	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	INFECCIÓN VIRAL NO ESPECIFICADA DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO	UR-GA-04
R51X	CEFALEA	GUIA DE ATENCIÓN DE CEFALEA	HO-GA-07
J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	GUIA DE ATENCIÓN DE AMIGDALITIS	CE-GA-01
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	GUIA DE ATENCIÓN DE INFECCION DE VIAS URINARIAS	HO-GA-16
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	GUIA DE ATENCIÓN DOLOR ABDOMINAL AGUDO	UR-GA-05
I10X	COMPLICACIONES DE HIPERTENSION	GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS	HO-GA-34
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	GUIA DE DOLOR LUMBAR	CE-GA-31
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	HO-GA-22

Fuente: Elaboración Propia con Base en los Resultados del Cotejo en el Sistema de Gestión de Calidad, 2017.

Al realizar el cotejo en el Sistema de Gestión de Calidad se pudo evidenciar la gestión pertinente del área de calidad y del auditor médico de la institución, pues se encuentran adoptadas prácticamente todas las guías que responden a las diez primeras causas de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, aunque algunas no están en las carpetas respectivas del servicio determinado, pero este Sistema de Gestión de Calidad se encuentra conectado y se puede acceder a cualquier documento de determinada área si es necesario.

Lo que supone que la adopción de estas guías y protocolos se ha realizado de forma oportuna o se han presentado nuevamente con base al perfil de morbilidad de periodos pasados, cabe resaltar o aclarar que las guías también presentan un protocolo algunos casos no es necesario pues se incluyen los mismos aspectos, por lo que el cotejo se realizó con base en las guías, estas si se encuentran todas en las carpetas de los servicios en el Sistema de Gestión de Calidad, otro aspecto que se destaca al realizar el cotejo, es que existen algunas guías que responden a varias patologías o enfermedades, pues estas incluyen los lineamientos, criterios y demás generalidades de varias enfermedades en común, como es el caso de la guía de atención de la infección respiratoria aguda.

Tabla 12: Guías y protocolos de práctica clínica no encontrados, según las diez primeras causas de los servicios en el Sistema de Gestión de Calidad

CODIGO	NOMBRE	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	
CONSULTA EXTERNA		NOMBRE	CODIGO
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA		

Fuente: Elaboración Propia con base en los resultados arrojados por el RIPS, 2017.

La única patología que no posee guía o protocolo de práctica clínica en el Sistema de Gestión de Calidad es la Gastritis no especificada, esta guía se debe adoptar en la mayor brevedad posible, pues si bien es cierto que solo es una guía, esta se encuentra presente en los tres servicios analizados.

Por lo anterior, con base en el análisis que realiza el coordinador médico, con el gerente y expuesto en el comité de calidad y en la junta directiva de la institución, el paso siguiente es establecer un plan de mejoramiento que se traduce en la adopción

de la guía nombrada anteriormente, según el perfil de morbilidad del periodo 2017 mediante resolución correspondiente.

7. PRESUPUESTO

Antes de evidenciar el presupuesto consolidado del gasto de las actividades para el desarrollo de los objetivos del presente proyecto, con base en la pasantía realizada en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, se muestra a continuación la ejecución del gasto mensual con base en los rubros del presupuesto definitivo del gasto general, del Hospital Nuestra Señora de los Santos, para los objetivos 2, 3 y 4, los cuales corresponden a la ejecución de las acciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud, la capacitación del Programa de Humanización de los Servicios en Salud y los planes de mejoramiento basados en los hallazgos de las rondas de Seguridad del Paciente.

Tabla 13: Descripción presupuesto Humanización de los servicios en Salud

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	NÚMERO DE MESES		TOTAL RUBRO
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
MATERIALES Y SUMINISTROS	\$ 160.000	\$ 180.000	\$ 340.000
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$ 40.000	\$ 60.000	\$ 100.000
CAPACITACIÓN	\$ -	\$ 300.000	\$ 300.000
OTROS GASTOS EN ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	\$ 30.000	\$ 30.000	\$ 60.000
TOTAL			\$ 800.000

Elaboración propia con base en el gasto de las actividades Humanización de los Servicios en Salud, 2017.

Tabla 14: Descripción presupuesto planes de mejoramiento Seguridad del Paciente

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	NÚMERO DE MESES							TOTAL RUBRO
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
MATERIALES Y SUMINISTROS	\$ 20.000	\$ 10.000	\$ 40.000	\$ 80.000	\$ 50.000	\$ 11.000	\$ 65.000	\$ 276.000
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$ 12.000	\$ -	\$ 10.000	\$ -	\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 20.000	\$ 57.000
CAPACITACIÓN	\$ -	\$ -	\$ 160.000	\$ 80.000	\$ 20.000	\$ -	\$ -	\$ 260.000
OTROS GASTOS EN ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	\$ 90.000	\$ 60.000	\$ -	\$ -	\$ 65.000	\$ 40.000	\$ 30.000	\$ 285.000
TOTAL								\$ 878.000

Elaboración propia con base en el gasto de las actividades planes de mejoramiento Seguridad del Paciente, 2017.

Tabla 15: Descripción presupuesto acciones PAMEC 2017

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	NÚMERO DE MESES							TOTAL RUBRO
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
MATERIALES Y SUMINISTROS	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ -	\$ -	\$ 10.000	\$ -	\$ 11.000	\$ 31.000
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$ 6.000	\$ 7.000	\$ 5.000	\$ 8.000	\$ 5.000	\$ 8.000	\$ 6.000	\$ 45.000
CAPACITACIÓN	\$ -	\$ 60.000	\$ -	\$ 70.000		\$ 70.000	\$ -	\$ 200.000
OTROS GASTOS EN ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 20.000	\$ -	\$ -	\$ 20.000
TOTAL								\$ 296.000

Elaboración propia con base en el gasto de las acciones ejecutadas del PAMEC 2017

Para el caso de los objetivos 1 y 5 no se evidencia gasto alguno, ya que fueron actividades de actualización y análisis documental desarrolladas sin ejecución de gastos, directamente en la pasantía.

Los rubros que continuación se exponen del presupuesto definitivo 2017 del Hospital Nuestra Señora de los Santos, devengan de los gastos generales tanto operativos como administrativos, estos son los dineros presupuestados para el gasto de las actividades relacionadas con capacitaciones, programas, planes de mejoramiento, contratación de servicios, entre otros, para todas las áreas teniendo en cuenta que no existe un rubro específico para el área de calidad o para los programas que se ejecutaron.

Tabla 16: Consolidación presupuesto definitivo ejecución Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) 2017

Rubro	Descripcion del gasto	Presupuesto Definitivo 2017	Objetivo 1	Objetivo 2	Objetivo 3	Objetivo 4	Objetivo 5
2A20	Gastos Generales						
2A2010	Gastos Administrativos						
2A2010100204	Materiales y Suministros	\$ 4.700.000	\$ -	\$ 10.000	\$ -	\$ 340.000	\$ -
2A2010100205	Impresos y Publicaciones	\$ 2.000.000	\$ -	\$ 21.000	\$ 7.000	\$ 100.000	\$ -
2A2010100209	Capacitacion	\$ 1.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 150.000	\$ -
2A2010200212	Otros Gastos en Adquisicion de Servicios	\$ 5.000.000	\$ -	\$ -	\$ 85.000	\$ -	\$ -
2A2020	Gastos de Operación						
2A2020100204	Materiales y Suministros	\$ 9.300.000	\$ -	\$ 21.000	\$ 276.000	\$ -	\$ -
2A2020100205	Impresos y Publicaciones	\$ 3.500.000	\$ -	\$ 24.000	\$ 50.000	\$ -	\$ -
2A2020200209	Capacitacion	\$ 2.000.000	\$ -	\$ 200.000	\$ 260.000	\$ 150.000	\$ -
2A2020200212	Otros Gastos en Adquisicion de Servicios	\$ 5.000.000	\$ -	\$ 20.000	\$ 200.000	\$ 60.000	\$ -
TOTAL PRESUPUESTO DEFINITIVO HNSS		\$ 32.500.000	\$ -	\$ 296.000	\$ 878.000	\$ 800.000	\$ -
TOTAL GASTOS EJECUCIÓN OBJETIVOS DEL PROYECTO		\$ 1.974.000					

Elaboración propia con base en el presupuesto definitivo del Hospital Nuestra Señora de los Santos 2017.

Por lo anterior de los \$35.000.000 disponibles para gastos generales, relacionados con los rubros para las acciones y actividades de los programas que se ejecutaron, hubo un gasto total de 1.974.000 equivalente al 5,64%, siendo este el costo de la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud 2017, al igual que la capacitación del programa de Humanización de los Servicios en Salud y los planes de mejora para los hallazgos en las rondas de seguridad del paciente en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

8. CONCLUSIONES

- El acercamiento inicial a la formulación del PAMEC y demás aspectos relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, genero los conocimientos necesarios para intervenir también en programas como seguridad del paciente y humanización de los servicios en salud, al conocer la intencionalidad de estos así como los componentes de habilitación y acreditación, y claramente el componente de auditoria del sistema en mención, además de la inducción o capacitación inicial, el acompañamiento durante el proceso de la pasantía fue fundamental para resolver dudas e inquietudes que se presentaron en la marcha, teniendo en cuenta que el sistema de salud como tal ya es complejo, y este sistema de mejoramiento de la calidad también lo es, pues trata de resolver una de las falencias que más aqueja hoy a la salud.
- En el Hospital Nuestra Señora de los Santos se crea un documento metodológico por cada programa para institucionalizarlo en los funcionarios y tener claridad en el seguimiento a las acciones y/o actividades definidas al dar los lineamientos, pautas o criterios establecidos; para el caso del componente de auditoria de la institución se han generado programas, acciones y disposiciones de los entes de control y regulación, con la intención de robustecer los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios, pero el éxito de estos radica en la articulación sistemática de cada uno de ellos para que en conjunto se alcancen las metas y objetivos propuestos, ya que si se gestionan por separado será más difícil y estos se pueden desviar de los objetivos macros y misionales del Hospital, por ello la importancia de que estos documentos reflejen la realidad de la institución y estén completos.
- La ejecución y seguimiento de cada una de las acciones establecidas en el PAMEC contribuye al mejoramiento de la calidad de los servicios en salud al responder a un plan de mejoramiento propuesto para determinado estándar y/o proceso, los cuales por autoevaluación inicial arrojaron falencias, estos en conjunto cada año, encaminan la institución a la acreditación, como objetivo macro, pero sobre todo se genera un crecimiento organizacional y retroalimentación importante, estos avances y los favorables resultados que se han obtenido, se pueden apreciar en las tendencias al mejoramiento a partir de los resultados de las encuestas de satisfacción y PQRS que se consolidaron mensualmente durante el periodo 2017 en el Hospital Nuestra Señora de los Santos.

- El programa de Seguridad del Paciente Institucional se ha convertido en una ficha clave para la gestión de la calidad de los servicios que presta Hospital Nuestra Señora de los Santos, pues desde su implementación, pasando por los procesos de operatividad y seguimiento que se realizó en el transcurso del año 2017, se han ejecutado mejoras y avances significativos, que robustecen el programa de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que los errores y fallas que pueden generar incidentes o accidentes no son inherentes a la práctica clínica, la gestión de las fases mencionadas, permite hoy hablar de servicios no solo de calidad, sino además, íntegros y seguros, aspecto que se pudo evidenciar por la minimización de los eventos adversos reportados y consolidados mensualmente, entre otros aspectos.
- Generar cultura en seguridad del paciente continuara siendo uno de los retos a los que se enfrenta el Hospital Nuestra Señora de los Santos pues este tipo de culturización en las instituciones de salud, permite que los funcionarios tengan mayor conciencia y prudencia al momento de la atención de los pacientes y reportar todo evento que pudo afectar o que afecto como tal la seguridad de un paciente, para la gestión y el manejo adecuado de esta situación por un evento adverso; durante los procesos de operatividad a partir de las acciones expuestas en el PAMEC y por el comité de seguridad, con la intención de generar cultura en seguridad del paciente, se realizaron diversas capacitaciones, socializaciones y charlas en las rondas de seguridad del paciente, pues uno de los factores que más afecta la seguridad del paciente radica en factores relacionados con falta de información, al desconocer los lineamientos y criterios de seguridad y claramente aspectos propios de los servicios, de esta manera al reforzar los conocimientos de los profesionales y actualizar los actuales, se minimiza en gran medida el riesgo de generar un incidente o accidente.
- En cuanto al programa de Humanización de los Servicios en Salud, la institución ya había realizado actividades y acciones con el objetivo de humanizar la atención en los servicios, como la creación y socialización del código de ética de la institución, sin embargo se venían presentando algunas PQRS respecto al servicio brindado por algunos funcionarios, por lo que entre otros aspectos se decidió implementar el programa de Humanización de los Servicios en Salud con la intención de hacer llegar efectivamente las acciones relacionadas con la mejora en el trato, la empatía, la tolerancia entre otros aspectos relacionados con el servicio; para ello se utilizaron estrategias, algunas no tan comunes en entidades públicas, y un trabajo sin escatimar esfuerzos unidos con los diferentes

jefes de proceso, para que este programa se institucionalizara en los funcionarios y ellos contribuyeran en conjunto alcanzar los objetivos esperados.

- Finalmente un aspecto importante a destacar es que el programa de Humanización de los Servicios en Salud, es que aunque existe una normatividad que legitima y regula este programa, no es de obligatorio cumplimiento y el Hospital Nuestra Señora de los Santos es pionero en la región en implementarlo, lo que convierte al programa en una herramienta importante para alcanzar los objetivos estratégicos logrando niveles diferenciadores importantes, respecto a otras entidades homologas, al prestar servicios más humanos, seguros y de calidad, además, de la satisfacción y fidelidad de sus usuarios, donde se destaca también la activa participación del personal y el apoyo y compromiso de la gerencia y control interno del hospital, manifestado en la intervención en las fases del programa y la disposición de recursos sin inconveniente alguno, teniendo en cuenta que la institución prioriza la austeridad en el gasto.
- Respecto a la comunicación interna y externa en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, la retroalimentación y fluidez oportuna de la información permitirá reforzar los programas del PAMEC, Humanización de los Servicios en Salud, Seguridad del Paciente entre otros, pues es fundamental para el liderazgo y la coordinación del trabajo en equipo, el compromiso de los funcionarios y el aporte en el seguimiento, así como la intervención oportuna por el conocimiento previo, aportando a la mejora en la calidad de los servicios que presta la institución en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, por ello se decide diseñar la política de comunicación del Hospital Nuestra Señora de los Santos; para la implementación y seguimiento de la política de comunicación en la institución, el compromiso de los jefes de procesos, control interno y calidad son fundamentales para reforzar la política que se creó y proceder a su implementación e institucionalización con base en el documento metodológico de esta, que permita potenciar, fortalecer y garantizar el cumplimiento de los objetivos de la política de comunicación interna y externa y su impacto a nivel institucional, priorizando un impacto significativo en los funcionarios, usuarios y la comunidad.
- En relación a la adherencia de Guías y Protocolos de Práctica Clínica, se puede destacar que el personal, particularmente asistencial del Hospital Nuestra Señora de los Santos, poseen los conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo de sus funciones y los procedimientos que realizan, no obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades

prestadoras de servicios de salud, Guías y Protocolos de Práctica Clínica para las diferentes enfermedades y patologías que se pueden presentar, lo que permite reforzar el actuar frente a estas, especialmente en los casos nuevos o complejos, como algún tipo de virus o epidemia, además, estas guías son fundamentales para evidenciar el grado de efectividad en las funciones priorizadas como hospital público de primer nivel, donde se prioriza la promoción y prevención, de manera que permita tomar acciones frente a las enfermedades y patologías principales que pueden afectar o aquejar a los usuarios, estas guías también aportan al mejoramiento de la calidad, integridad y seguridad de los servicios al condicionar y guiar el actuar de los profesionales del hospital evitando la ocurrencia de algún fallo, incidente o evento adverso.

9. RECOMENDACIONES

- Se puede realizar una analogía con el conocimiento previo adquirido en la pasantía y las inducciones, y deducir la importancia de estas al iniciar un cargo específico o práctica, razón por la cual se recomienda realizar una inducción a todas las practicas o pasantías en todos los servicios, tanto administrativos como asistenciales, para lograr un mayor desarrollo de las habilidades de los practicantes, minimizar el tiempo de adaptación o un incidente o accidente por errores que pueden ser evitables.
- Finalmente se recomienda realizar una revisión o auditoria anual de cada uno de los programas que se implementan y gestionan en el Hospital Nuestra Señora de los Santos, aprovechando los diferentes comités que existen y claramente los conocimientos de cada uno de los integrantes, con la intención de reforzar estas guías metodológicas año tras año e incluir o articular las disposiciones y avances generados en cada periodo, de manera que las guías no pierdan vigencia rápidamente y el trabajo sea más dispendioso.
- El programa de auditoria de calidad en el Hospital Nuestra Señora de los Santos tiene un manejo muy adecuado por parte del área de calidad y posee el respaldo de la gerencia y control interno, además de los jefes de procesos, aunque se identifican muy pocas falencias, se recomienda realizar auditorías de control interno y calidad con menor periodicidad, cada tres meses, para que no se vayan atrasando las actividades propuestas en la matriz de acciones PAMEC, pues dejar todo para el final generara inconvenientes al cierre del programa, aspecto

que sucedió en el periodo 2017, de manera que se puedan enviar las circulares a los responsables de las actividades para recordar su compromiso.

- Por la madurez del programa de Seguridad del Paciente y los procesos de refuerzo y mejoramiento ejecutados en el periodo 2017, cabe recomendar continuar el seguimiento y mejoramiento del mismo utilizando las herramientas que se crearon de las cuales se hablaron anteriormente y se encuentran en el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos. De manera que no se presenten retrasos en la ejecución de los planes de mejora o no se dejen olvidar y estas puedan repercutir en un futuro en algún inconveniente o peligro para la seguridad de los pacientes así como la ejecución diligente y oportuna de las capacitaciones programadas, además, se recomienda someter las listas de chequeo que se crearon para los servicios de Hospitalización, Urgencias, Consulta Externa, Odontología y Laboratorio a revisión periódica para incluir aquellos aspectos que sean necesarios para identificar hallazgos que pueden generar peligros para la seguridad del paciente de acuerdo a la madurez de su aplicación y experiencia de los auditores.
- El seguimiento a la implementación del programa de Humanización de los Servicios en Salud es fundamental para no dejar atrás o ralentizar los esfuerzos que se han realizado en la humanización de los servicios, para ello se recomienda ejecutar mensualmente una ronda de humanización con base a la lista de chequeo que se creó y realizar el cruce correspondiente con las PQRS relacionadas con la atención y el trato en los servicios, así como el correcto y oportuno manejo de estas, teniendo en cuenta que el personal se ha capacitado en la humanización del servicio, además se recomienda someter la lista de chequeo cada 6 meses a modificación con el comité de calidad del Hospital Nuestra Señora de los Santos y con la experiencia y madurez durante las rondas realizadas.
- Para la implementación adecuada y diligente de la política de comunicación, es importante contar con el apoyo y voluntad de los cargos directivos del Hospital Nuestra Señora de los Santos, para respaldar e instaurar la política y los lineamientos en los demás funcionarios de la institución; en el documento metodológico que se crea para configurar la comunicación en la institución, se establecieron una serie de acciones y recomendaciones con el objetivo de mejorar el estado actual del flujo de información y comunicación en el Hospital y sobre todo propiciar el ambiente y las herramientas necesarias para implementar debidamente la política de comunicación, por lo que se recomienda seguir estas

indicaciones expuestas en dicho documento, entre estas se definen acciones a tener en cuenta para implementar la política, el mejoramiento y operatividad de los medios de comunicación existentes, el diligenciamiento de la matriz de comunicación y las estrategias que se deben gestionar para mejorar sistemáticamente la comunicación del Hospital Nuestra Señora de los Santos a largo.

- Teniendo en cuenta la relevancia del perfil de morbilidad para la toma de decisiones y así como en la calidad y seguridad de los servicios, se recomienda realizar auditorías con corte periódico no de un año, si no de 4 o 6 meses, de manera que se pueda hacer el cotejo correspondiente en el Sistema de Gestión de Calidad respecto a la existencia de guías y protocolos y proceder a su adaptación, modificación o actualización, y no dejar pasar algunas patologías que no se evidencian porque posiblemente no represente la frecuencia necesaria para ser parte de las diez primeras causas que se analizan al final del año, además de poder tomar las acciones pertinentes en el momento oportuno, así como comparaciones o Pareto con los perfiles anteriores y observar la transición, es decir, si el grado de frecuencia aumenta o disminuye, evidenciando efectivamente si las decisiones, los programas, y acciones de promoción y prevención han obtenido los resultados óptimos esperados.
- Finalmente se recomienda realizar una auditoría al Sistema de Gestión de Calidad, para revisar con base a los perfiles anteriores y el actual, las guías que responden a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en el Sistema de Gestión de Calidad, pues algunas guías y protocolos ya han sido adoptados pero en su momento eran necesarios en determinado servicio, por lo que al realizar el cotejo se evidencio la existencia de estas pero en la ubicación de otro servicio, y algunas de estas patologías se presentaban en los tres servicios analizados, en esta misma auditoria programar la adopción de guías de cada patología específicamente, pues aunque algunas guías responden de manera general a varias patologías, es mucho más seguro que cada enfermedad presente en el Sistema de Gestión de Calidad, la guía o protocolo determinado, aspecto que se evidencio en el cotejo del perfil de morbilidad 2017 con el Sistema de Gestión de Calidad.

Referencia Bibliográfica

Acreditación en salud. (2014). *Sistema Único de Acreditación: Antecedentes en Colombia*. Recuperado de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/AntCol.aspx>

Constitución Política de Colombia. (1991).

Consejo Nacional De Política Económica Y social. (2015) Conpes Social. Recuperado de: http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2005/Conpes_0091_2005.pdf

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de la Seguridad Social en Salud. 03 abril de 2006.

Decreto 2309 de 2002. El presidente de la república decreta mediante su poder disposiciones sobre el campo de aplicación de los Prestadores de Salud.

Decreto 943 de 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). 21 de mayo de 2014.

Decreto 4110 de 2004. Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. 09 de diciembre 2004.

Departamento Administrativo de la Función Pública (2014). Manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014. Recuperado de: <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>

Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016). Plan de Desarrollo “La Victoria hacia el Progreso de la Salud 2016 – 2019. La Victoria Valle, Colombia.

Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016). Plan de gestión gerencial 2016 – 2019. La Victoria Valle, Colombia

Hospital Nuestra Señora de los Santos (2016). Documento metodológico del PAMEC. La Victoria Valle, Colombia

Hospital Nuestra Señora de los Santos (2017). Software Hospivisual: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, (RIPS).

Hospital Nuestra Señora de los Santos (2017). Sistema de Gestión de Calidad, (SGC).

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993.

Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. 15 de Julio de 1994.

Ley 715 del 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. 21 de diciembre del 2001.

Ley 812 del 2003. Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario. 26 Junio 2003.

Ley 1122 del 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 09 de enero del 2007.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2008). *Promoción de la cultura de seguridad del paciente*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

Ministerio de Protección la Social. (2008). *Lineamientos de la implementación de la política de seguridad del paciente*. Recuperado de: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Ministerio de la Protección Social (2011). *Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud*. Recuperado de: http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

Ministerio de la Protección Social (2011). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario colombiano versión 03*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Manual de implementación de guías de práctica clínica basadas en evidencia, en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia*. Recuperado de: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Manual_de_implementation.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Calidad y humanización en la salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión 2. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-operativa-valoracion-calidad-humanizacion.pdf>

Norma Internacional ISO 9001 (2008). Sistemas de Gestión de calidad: Requisitos. Recuperado de: [http://www.umc.edu.ve/pdf/calidad/normasISO/ISO_9001\(ES\)_CERT_2008_final.pdf](http://www.umc.edu.ve/pdf/calidad/normasISO/ISO_9001(ES)_CERT_2008_final.pdf)

Resolución 1446 del 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 08 de mayo del 2006.

Resolución 0123 del 2012. Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006. 26 enero del 2012.

Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 24 de mayo de 2014.

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 05 de febrero de 2006.

Secretaria de Salud Pública Municipal (2012). *La seguridad del Paciente un reto de ciudad. Cali, Colombia.* Recuperado de: http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2013_Seguridad_Paciente/libro_seguridad_del_paciente.pdf

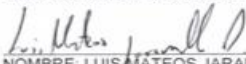
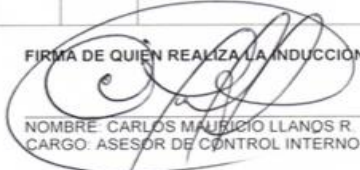
Secretaria Distrital de Salud (2012). *Recomendaciones prácticas para lograr una atención más segura.* Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Cartilla%20para%20pacientes%20y%20usuarios%20seguridad%20del%20%20%20paciente.pdf>

Secretaria de Salud Pública Municipal (2012). Comité de seguridad del paciente ESE municipal. Cali, Colombia. Recuperado de: http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/46867/comit_de_seguridad_del_paciente/



ANEXOS

ANEXO A: Evidencias de las acciones del PAMEC

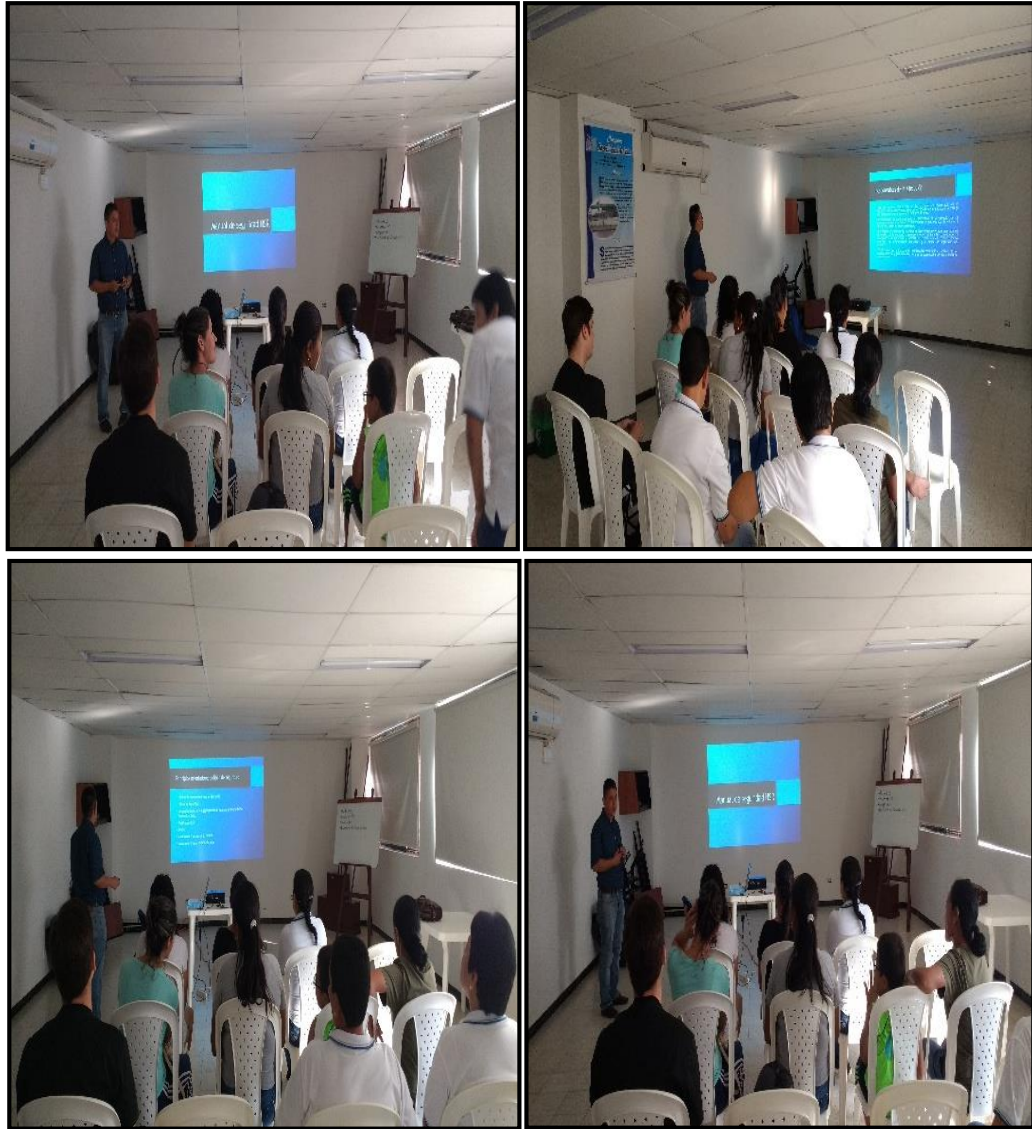
EVIDENCIA 1: Registro de Inducción y/ re inducción, con la inclusión del código de ética

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	CÓDIGO: GH-FM-01
	REGISTRO DE INDUCCIÓN Y/O CAPACITACIÓN ESPECÍFICA	PÁGINA 1 DE 1 Versión: 2 Fecha 25/08/2010 TRD
FECHA: Mayo 3 de 2017 NOMBRE DEL COLABORADOR: CARLOS MAURICIO LLANOS REYES CARGO: ASESOR DE CONTROL INTERNO DEPENDENCIA: CONTROL INTERNO TEMA GENERAL DE LA INDUCCIÓN/CAPACITACIÓN: MECI – MISION, VISION, ORGANIGRAMA, MAPA DE PROCESOS, LEY 734 DE 2002 (CUD), CODIGO DE ETICA RESULTADO ESPERADO: CONOCIMIENTO GENERAL DE LA ENTIDAD		
TEMAS TRATADOS:		
TEMA	COMPRENDIO	OBSERVACIONES
	SI NO	
Modelo Estándar de Control Interno. Código de Ética de la entidad.	X	
ORGANIGRAMA	X	
MAPA DE PROCESOS	X	
LEY 734 DE 2002. CODIGO DISCIPLINARIO	X	
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	X	Evidenciado en subgerencia
FIRMA DE QUIEN RECIBE LA INDUCCIÓN:  NOMBRE: LUIS MATEOS JARAMILLO OROZCO CARGO: MEDICO – S.S.O.		FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INDUCCIÓN  NOMBRE: CARLOS MAURICIO LLANOS R. CARGO: ASESOR DE CONTROL INTERNO


EVIDENCIA 3: Mecanismos de evaluación del programa de Seguridad del paciente


	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	PAGINA 3 DE 5 CÓDIGI: UR-PT-04		HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	PAGINA 4 DE 5 CÓDIGI: UR-PT-04		
	PLANEACION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			VERSIÓN: 02 FECHA: 26/07/2017 TRD:	PLANEACION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		VERSIÓN: 02 FECHA: 26/07/2017 TRD:
	<p>MECANISMOS DE EVALUACION</p> <p>Evaluación del grado de conocimiento en el tema de seguridad del paciente en el cliente interno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador: Porcentaje de conocimiento en el tema de seguridad del paciente en los colaboradores. • Aplicar cuestionario de evaluación del grado de conocimiento en el tema de seguridad del paciente. <p>Evaluación del clima de seguridad del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador: clima de seguridad. • Aplicar encuesta de percepción del clima de seguridad del paciente. <p>Evaluación del sistema de reporte y gestión de eventos adversos</p> <p>Seguimiento y análisis de indicadores de manera trimestral.</p> <p>Los indicadores de calidad se consolidan, dentro de los 5 primeros días después de cada trimestre desde la Oficina de Calidad. La información se evalúa y genera acciones correctivas cuando los indicadores se desvían, socializándose en las áreas para su gestión y mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de Reporte obligatorio: La Institución hace seguimiento y reporta periódicamente a los entes reguladores los Indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud <p>1. Accesibilidad /Oportunidad</p>			<p>(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica de primera vez (2) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias triage II (3) Oportunidad en consulta odontológica de primera vez</p> <p>2. Calidad Técnica</p> <p>(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. (2) Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (3) Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada después de 6 meses de ingreso al programa</p> <p>3. Gerencia del Riesgo</p> <p>(1) Tasa de infección urinaria asociada a uso de catéter (2) Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización (3) Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias (4) Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa (5) Tasa de caída de paciente en el servicio de apoyo diagnóstico (6) Proporción de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos en el área de urgencias. (7) Proporción de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos en hospitalización. (8) Tasa de úlceras por presión. (9) Proporción de gestión de eventos adversos</p> <p>4. Satisfacción / Lealtad (1) Tasa de Satisfacción Global</p> <p>(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.</p>			

EVIDENCIA 4: Capacitación en seguridad del paciente




EVIDENCIA 5: Manual de Seguridad del Paciente actualizado

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	PAGINA 1 DE 46 CÓDIGO: CG-MA-03
	MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSIÓN: 02 FECHA: 11/07/2017 TRD:
	MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	<p>INTRODUCCION</p> <p>La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.</p> <p>El Hospital Nuestra Señora de los Santos acoge los lineamientos del Ministerio de la protección social, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, en el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos.</p> <p>JUSTIFICACION</p> <p>La Seguridad del Paciente se constituye para el HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS en una prioridad de la atención en salud, tomando los incidentes y eventos adversos como la alerta sobre una prestación insegura de los servicios de salud, teniendo en cuenta además que los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.</p> <p>La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté articulada en todos los procesos de la institución, sea de conocimiento general y permita la retroalimentación continua, involucrando a los usuarios en todas las etapas de su proceso de atención.</p> <p>La Gerencia de la Institución y el equipo humano del HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS está comprometido en la Seguridad del paciente como una estrategia indispensable para establecer un entorno seguro en la prestación de los servicios; mejorando continuamente la calidad de la atención, e incrementando la promoción de la Cultura de Seguridad en la comunidad que impacte positivamente en su Salud y la consolidación de la Institución como un Hospital Seguro.</p>	

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	PAGINA 2 DE 46 CÓDIGO: CG-MA-03
	MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	VERSIÓN: 02 FECHA: 11/07/2017 TRD:
	OBJETIVO GENERAL	
	<p>Garantizar a nuestros usuarios internos y externos un ambiente de Atención Segura en Salud, con procesos planeados y estructurados con la mejor evidencia científica, que mejoren la calidad del servicio del HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS, a través del Programa de Seguridad del Paciente.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantizar y promover la realización de procesos institucionales seguros 2. Brindar a nuestros Usuarios una atención segura en salud. 3. Involucrar los pacientes y sus allegados en el autocuidado y su seguridad. 4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación y la comunicación entre sí, de los funcionarios de la Institución. 5. Promover la cultura de Seguridad en todos los colaboradores en todas las fases del proceso de atención. 6. Fortalecer y Monitorizar el Sistema de Reportes de Eventos Adversos e Incidentes, con el fin de que su análisis y gestión permita disminuir su incidencia y prevalencia. <p>ALCANCE</p> <p>El programa de Seguridad del paciente aplica en todas las áreas y procesos tanto asistenciales como administrativos de la Institución.</p> <p>NORMATIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1011 del 2006 SOGCS - Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. • Resolución 1446 del 2006 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" 	

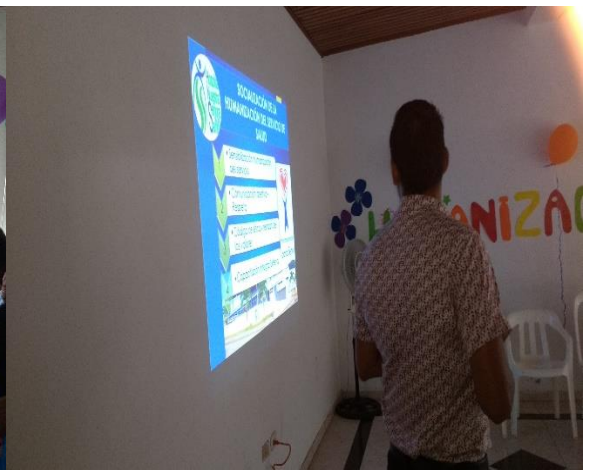
EVIDENCIA 6: Capacitación en examen Sexo biológico y Abuso sexual

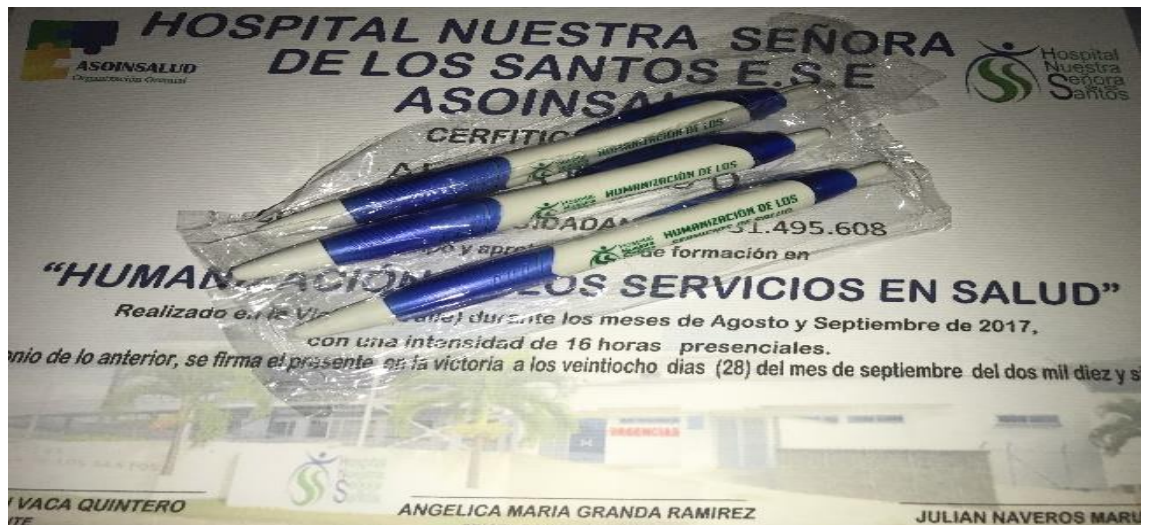
		HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE DEL CAUCA NIT. 891900481-4		Página: - 1 - CÓDIGO: IA-FM-19 Versión 2 Fecha 10/03/2017 211-26	
FORMATO LISTADO DE CITACION Y ASISTENCIA					
ASUNTO: Capacitación examen Sexo Biológico + Abuso sexual FECHA: 10-11-2017		HORA: 17:00 LUGAR: General			
No.	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA CITACION	FIRMA ASISTENCIA	
1	Yaritza Aguirre	Medico			
2	Lili J. ...	Medico			
3	Julian ...	Coord. ...			
4	Adriana ...	Medico			
5	Araceli ...	Medico			
6					
7					
8					
9					
10	/	/	/	/	
11					
12					
13					
14					

EVIDENCIA 7: Modelo encuestas de necesidades de la Junta Directiva


		HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 ENCUESTA DE NECESIDADES DE JUNTA DIRECTIVA		CODIGO: GG-FM-16 VERSION: 01 FECHA: 22/04/2017 TRD:	
De estos aspectos importantes para su formación, ordene de 1 a 7 el grado de prioridad siendo 1 el más prioritario					
TEMAS:					CALIFICACIÓN
1-	ASPECTOS JURIDICOS Y DE CONTRATACIÓN				<input type="text"/>
2-	ASPECTOS DE CALIDAD , MEJORAMIENTO Y ANÁLISIS DE INDICADORES				<input type="text"/>
3-	NORMATIVIDAD APLICABLE A LAS E.S.E				<input type="text"/>
4-	GESTIÓN CLÍNICA Y MODELO DE ATENCIÓN				<input type="text"/>
5-	CONOCIMIENTO DE LOS ESTATUTOS Y FUNCIONES COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA				<input type="text"/>
6-	BASES PARA INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN FINANCIERA PÚBLICA				<input type="text"/>
7-	ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL				<input type="text"/>
Que otros temas desearia incluir y se encuentren relacionados con su participacion en la junta directiva de la institucion Hospital Nuestra Señora de los Santos					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Firma del Miembro de Junta Directiva					

ANEXO B: Fotografías capacitaciones del programa Humanización de los Servicios en Salud





ANEXO C: Encuesta y tabulación de la evaluación de la capacitación en Humanización de los servicios en Salud.

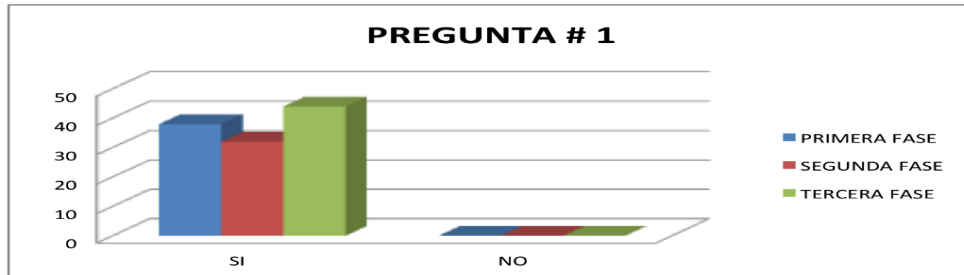
	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4	PÁGINA 1 DE 1
		CÓDIGO: GC-FM-12
	ENCUESTA HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO	VERSIÓN: 01
		FECHA: 216/08/2017

EVALUACIÓN CAPACITACIÓN HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD (PRIMERA FASE)

- ¿Considera que los temas desarrollados en el evento fueron pertinentes y acordes para su desempeño laboral y personal, respecto a la humanización del servicio?
 SI No
- ¿Estuvo de acuerdo con la organización, el desarrollo de las dinámicas y el soporte logístico?
 SI No
- ¿los capacitadores dominaron los temas tratados, actividades realizadas y tiempos establecidos?
 SI No
- ¿qué opinión le merece el tema (humanización de los servicios en salud)?

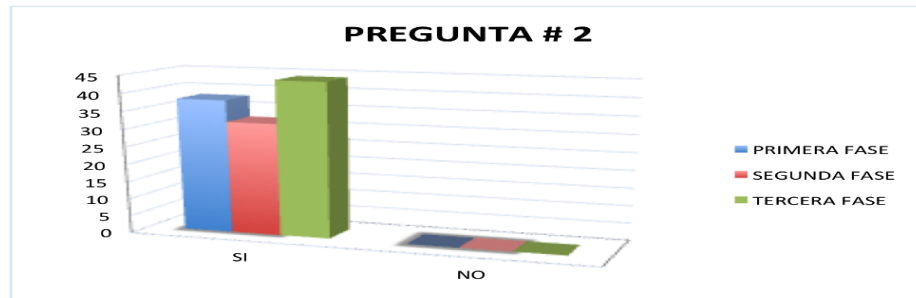
1. ¿Considera que los temas desarrollados en el evento fueron pertinentes y acordes para su desempeño laboral y personal, respecto a la humanización del servicio?

	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
SI	38	32	44
NO	0	0	0



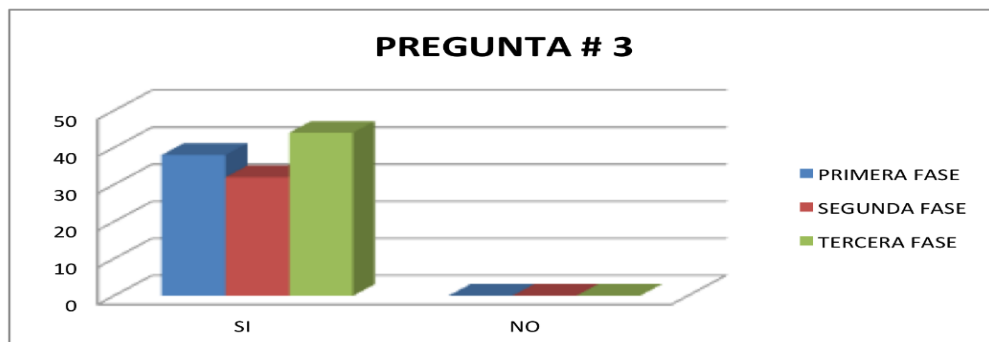
2. ¿Estuvo de acuerdo con la organización, el desarrollo de las dinámicas y el soporte logístico?

	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
SI	38	32	44
NO	0	0	0



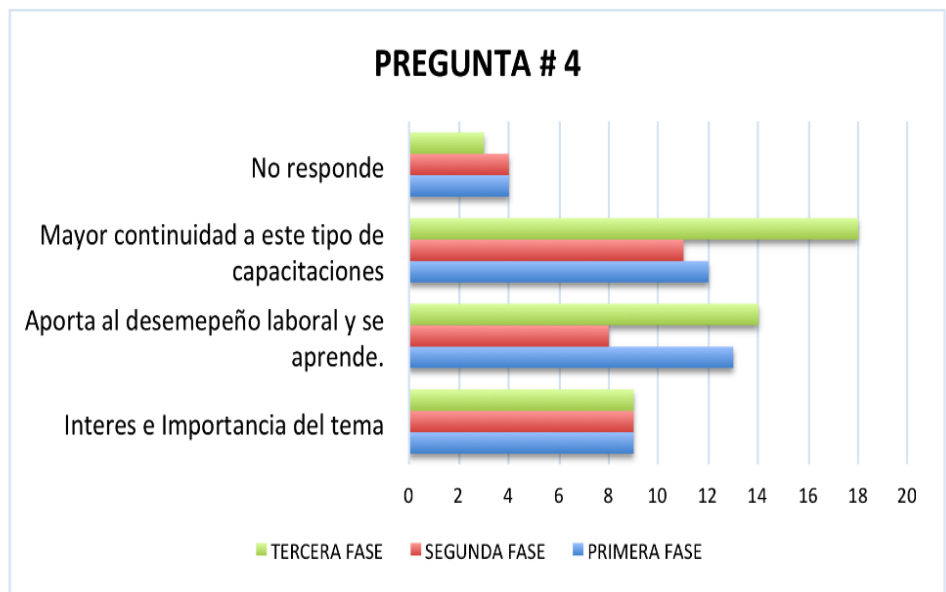
3. ¿los capacitadores dominaron los temas tratados, actividades realizadas y tiempos establecidos?

	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
SI	38	32	44
NO	0	0	0




4. ¿Qué opinión le merece el tema (humanización de los servicios en salud)?


	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
Interes e Importancia del tema	9	9	9
Aporta al desempeño laboral y se aprende.	13	8	14
Mayor continuidad a este tipo de capacitaciones	12	11	18
No responde	4	4	3




ANEXO E: Lista de chequeo Seguridad del Paciente, Hospitalización

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE - HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO: CG-FM-41 VERSIÓN: 01 FECHA: 22/11/2017			
HOSPITALIZACIÓN					
FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018					
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PERSONAL - TALENTO HUMANO					
1	Se evidencia los respectivos cuadros de turnos (Médicos, enfermeras y personal auxiliar)				
2	El personal esta completo e ingresa puntual a su puesto de trabajo				
3	El personal de enfermería tiene conocimiento de todos los pacientes que se encuentran en hospitalización				
4	Se realiza correcta marcación e identificación de pacientes hospitalizados				
5	Se realiza oportuno reporte de accidentes, fallas o eventos adversos				
6	Esta identificado o publicado código azul de la institución				
7	Personal aplica las normas de bioseguridad respectivas durante la atención de pacientes (lavado de manos, normas de aislamiento)				
8	El personal asistencial utiliza las medidas de protección adecuadas (tapa bocas, guantes)				
9	Personal de practicas se observa y supervisa adecuadamente				
10	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo				
11	Personal cuenta con carnet de identificación adecuado				
12	Se evidencia acompañamiento de pacientes que lo requieran (ancianos, niños, condición de condición de discapacidad)				
13	Se evidencia la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales				
14	Se evidencia correcta semaforización de medicamentos				
15	Se realiza de forma oportuna el reporte de eventos adversos				
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE					
16	Cuenta con termómetros y/o termo hidrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado				
17	La estación de enfermería para el servicio de hospitalización garantiza la monitorización de pacientes y cuenta con los equipos necesarios para la asistencia				
18	Se evidencia la correcta disposición y utilización de los sistemas de llamado en cada habitación y la oportuna asistencia				
19	Disponibilidad de carro de paro que contenga el equipo básico de reanimación de acuerdo con las especificaciones definidas en todos los servicios				
20	Los extintores se encuentran ubicados correctamente, señalizados y con fecha vigente				
21	Se evidencia barandas arriba, escalerillas donde sean necesarias, freno de camillas, entre otros aspectos que puedan afectar la seguridad del paciente .				
22	Se evidencia el adecuado estado de equipos biomédicos				
23	Se verifica mantenimiento preventivo de equipos biomédicos				
24	Servicio sanitario para los pacientes en hospitalización se encuentran en optimas condiciones de mantenimiento y limpieza				
25	Las pipas de oxigeno debidamente rotuladas y con fecha de cambio vigente				
26	En caso que se realice re envase, re empaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, nutrición parenteral o medicamentos citostáticos; las áreas y/o ambientes cuentan con lo exigido para las buenas prácticas de elaboración, previstas en la normatividad vigente				
27	Cuenta con área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad exigidas en las normas vigentes				
EQUIPOS Y UTENSILIOS					
28	El carro de paro se encuentra limpio y en adecuado estado				
29	Se realiza correcta verificación o descargue de carro de paro y se lleva registro documentado				
30	Funcionan correctamente los monitores				
31	Los dispositivos de oxigeno se encuentran correctamente ubicados y asegurados				
32	El área cuentan con los insumos, equipos, utensilios y medios necesarios para prestar asistencia oportuna y adecuada				
33	Se realiza verificación de fechas de vencimiento de almacén de medicamentos				
34	Medicamentos se encuentran marcados con fecha de apertura en caso de multidosis				
35	Se verifica el adecuado uso y rehusó de dispositivos según sus características				
36	Uso exclusivo de refrigeradores para medicamentos y servicios médicos				
ASEO					
37	En habitaciones de hospitalización los pisos, paredes, puertas, cielos rasos, techos, muros, ventanas al igual que los muebles al interior del área y los servicios sanitarios se encuentran en buenas condiciones de limpieza, desinfección y mantenimiento				
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO					
OTROS HALLAZGOS		TOTAL CUMPLIMIENTO			
		EVALUACIÓN			
		OPTIMA	MAYOR 80%		
		ADECUADA	50% A 80%		
		ACEPTABLE	20% A 50%		
		DEFICIENTE	MENOR 20%		


ANEXO F: Lista de chequeo Seguridad del Paciente, urgencias

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE - URGENCIAS	CÓDIGO: CG-FM-42	
		VERSIÓN: 01	PAG: 1 de 1
		FECHA: 23/11/2017	
URGENCIAS			
FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018			
CRITERIOS EVALUADOS			
SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PERSONAL - TALENTO HUMANO			
1	Se evidencia los respectivos cuadros de turnos (Médicos, enfermeras y personal auxiliar)		
2	El personal esta completo e ingresa puntual a su puesto de trabajo		
3	El personal asistencial porta la vestimenta adecuada para realizar determinado proceso o en su defecto el uniforme		
4	Se evidencia manejo adecuado de tiempos acorde al TRIGE y tiempos institucionales		
5	Pacientes atendidos cuentan con historia clínica sistematizada		
6	Se realiza oportuno reporte de accidentes, fallas o eventos adversos		
7	Esta identificado o publicado código azul de la institución		
8	Personal aplica las normas de bioseguridad respectivas durante la atención de pacientes (lavado de manos, normas de aislamiento)		
9	El personal asistencial utiliza las medidas de protección adecuadas (tapa bocas, guantes)		
10	Personal de practicas se observa y supervisa adecuadamente		
11	Se evidencia uso correcto del consentimiento informado en los procedimientos que lo requieran		
12	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo		
13	Personal cuenta con carnet de identificación respectivo		
14	Se evidencia la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales		
15	Se evidencia correcta semaforización de medicamentos		
16	Se realiza de forma oportuna el reporte de eventos adversos		
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE			
17	Cuenta con termómetros y/o termo hidrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado.		
18	Se evidencia disponibilidad de carro de paro que contenga el equipo básico de reanimación de acuerdo con las especificaciones definidas en todos los servicios		
19	Los extintores se encuentran ubicados correctamente, señalizados y con fecha vigente		
20	Se evidencia barandas arriba, escalerillas donde sean necesarias, freno de camillas, entre otros aspectos que puedan afectar la seguridad del paciente .		
21	Se evidencia el adecuado estado de equipos biomédicos		
22	Se verifica mantenimiento preventivo de equipos biomédicos		
23	Se encuentra identificado el estado de mantenimiento del equipo biomédico		
24	Se encuentra identificado el estado de calibración del equipo biomédico		
25	Se identifica área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida si es necesario		
26	Área para lavado y desinfección de equipos en óptimas condiciones de limpieza y desinfección		
27	Pipas de oxígeno debidamente rotuladas y con fecha de cambio vigente		
28	En caso que se realice re envase, re empaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, nutrición parenteral o medicamentos citostáticos; las áreas y/o ambientes cuentan con lo exigido para las buenas prácticas de elaboración, previstas en la normatividad vigente		
29	Cuenta con área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad exigidas en las normas vigentes		
EQUIPOS Y UTENSILIOS			
30	El carro de paro se encuentra limpio y en adecuado estado		
31	Se realiza correcta verificación o descargue de carro de paro y se lleva registro documentado		
32	Funcionan correctamente los monitores		
33	Los dispositivos de oxígeno se encuentran correctamente ubicados y asegurados		
34	Los servicios cuentan con los insumos, equipos, utensilios y medios necesarios para prestar asistencia oportuna y adecuado		
35	Se realiza verificación de fechas de vencimiento de almacén de medicamentos		
36	Los insumos re envasado poseen respectiva fecha de apertura y cambio		
37	Medicamentos se encuentran marcados con fecha de apertura en caso de multidosis		
38	Se verifica el adecuado uso y rehusó de dispositivos según sus características		
39	Se realiza adecuado control de los medicamentos lasa		
40	Se evidencia el uso exclusivo de refrigeradores para medicamentos y servicios médicos		
ASEO			
41	En habitaciones de hospitalización los pisos, paredes, puertas, cielos rasos, techos, muros, ventanas al igual que los muebles al interior del área y los servicios sanitarios se encuentran en buenas condiciones de limpieza, desinfección y mantenimiento		
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO			
OTROS HALLAZGOS			
TOTAL CUMPLIMIENTO		EVALUACIÓN	
OPTIMA		MAYOR 80%	
ADECUADA		50% A 80%	
ACEPTABLE		20% A 50%	
DEFICIENTE		MENOR 20%	


ANEXO G: Lista de chequeo Seguridad del Paciente, Laboratorio

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE - LABORATORIO	CÓDIGO: CG-FM-43			
		VERSION: 01	PAG: 1 de 1		
		FECHA: 24/11/2017			
LABORATORIO					
FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018					
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PERSONAL - TALENTO HUMANO					
1	El personal esta completo e ingresa puntual a su puesto de trabajo				
2	El personal asistencial porta la vestimenta adecuada para realizar determinado proceso, al igual que el respectivo uniforme				
3	Se realiza oportuno reporte de accidentes, fallas o eventos adversos				
4	Personal aplica las normas de bioseguridad respectivas durante la atención de pacientes (lavado de manos, normas de aislamiento)				
5	El personal asistencial utiliza las medidas de protección adecuadas (tapa bocas, guantes)				
6	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo				
7	Personal cuenta con carnet de identificación adecuado				
8	Se realiza de forma oportuna el reporte de eventos adversos				
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE					
9	Cuenta con termómetros y/o termo higrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado				
10	Ambiente exclusivo para microbiología				
11	Los extintores se encuentran ubicados correctamente, señalizados y con fecha vigente				
12	Se evidencia el adecuado estado de equipos biomédicos				
13	Se verifica mantenimiento preventivo de equipos biomédicos				
14	Se encuentra identificado el estado de mantenimiento del equipo biomédico				
15	Se encuentra identificado el estado de calibración del equipo biomédico				
16	Área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida si es necesario				
17	Área para lavado y desinfección de equipos en optimas condiciones de limpieza y desinfección				
18	Cuenta con área de almacenamiento de muestras, con las medidas de seguridad exigidas en las normas vigentes.				
EQUIPOS Y UTENSILIOS					
19	Funcionan correctamente los monitores				
20	Los servicios cuentan con los insumos y medios necesarios para prestar asistencia correcta				
21	Los insumos re envasados poseen respectiva fecha de apertura y cambio				
22	Se verifica el adecuado uso y rehusó de dispositivos según sus características				
23	Uso exclusivo de refrigeradores para medicamentos y servicios médicos				
ASEO					
24	En laboratorio los pisos, paredes, puertas, cielos rasos, techos, muros, ventanas al igual que los muebles al interior del área se encuentran en buenas condiciones de limpieza, desinfección y mantenimiento				
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO					
OTROS HALLAZGOS		TOTAL CUMPLIMIENTO			
		EVALUACIÓN			
		OPTIMA	MAYOR 80%		
		ADECUADA	50% A 80%		
		ACEPTABLE	20% A 50%		
		DEFICIENTE	MENOR 20%		


ANEXO H: Lista de chequeo seguridad del paciente, odontología

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE - ODONTOLOGÍA	CÓDIGO: CG-FM-44 VERSION: 01 FECHA: 25/11/2017	PAG: 1 de 1		
	ODONTOLOGÍA				
	FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018				
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PERSONAL - TALENTO HUMANO					
1	El personal esta completo e ingresa puntual a su puesto de trabajo				
2	El personal asistencial porta la vestimenta adecuada para realizar determinado proceso o en su defecto el uniforme				
3	Se realiza oportuno reporte de fallas o eventos adversos				
4	Personal aplica las normas de bioseguridad respectivas durante la atención de pacientes (lavado de manos, normas de aislamiento)				
5	El personal asistencial utiliza las medidas de protección adecuadas (tapa bocas, guantes)				
6	Personal de practicas se observa y supervisa adecuadamente				
7	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo				
8	Personal cuenta con carnet de identificación adecuado				
9	Se evidencia uso correcto del consentimiento informado en los procedimientos que lo requieran				
	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo				
10	Se realiza de forma oportuna el reporte de eventos adversos				
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE					
11	Cuenta con termómetros y/o termo hidrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado.				
12	Los extintores se encuentran ubicados correctamente, señalizados y con fecha vigente				
13	Se evidencia el adecuado estado de equipos biomédicos				
14	Área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida si es necesario				
15	Se verifica mantenimiento preventivo de equipos biomédicos				
16	Se encuentra identificado el estado de mantenimiento del equipo biomédico				
17	Se encuentra identificado el estado de calibración del equipo biomédico				
18	Pipas de oxígeno debidamente rotuladas y con fecha de cambio vigente				
19	En caso que se realice re envase, re empaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, nutrición parenteral o medicamentos citostáticos; las áreas y/o ambientes cuentan con lo exigido para las buenas prácticas de elaboración, previstas en la normatividad vigente				
20	Cuenta con área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad exigidas en las normas vigentes.				
EQUIPOS Y UTENSILIOS					
21	Se evidencia manejo adecuado de unidad de esterilización y la correcta realización del procedimiento de esterilización				
22	Funcionan correctamente los monitores				
23	Los dispositivos de oxígeno se encuentran correctamente ubicados y asegurados				
24	Los servicios cuentan con los insumos y medios necesarios para prestar asistencia correcta				
25	Se realiza verificación de fechas de vencimiento de almacén de medicamentos				
26	Medicamentos se encuentran marcados con fecha de apertura en caso de multidosis				
27	Se verifica el adecuado uso y rehusó de dispositivos según sus características				
28	Uso exclusivo de refrigeradores para medicamentos y servicios médicos				
ASEO					
29	En el área de odontología los pisos, paredes, puertas, cielos rasos, techos, muros, ventanas al igual que los muebles al interior del área se encuentran en buenas condiciones de limpieza, desinfección y mantenimiento				
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO					
OTROS HALLAZGOS		TOTAL CUMPLIMIENTO			
		EVALUACIÓN			
		OPTIMA	MAYOR 80%		
		ADECUADA	50% A 80%		
		ACEPTABLE	20% A 50%		
		DEFICIENTE	MENOR 20%		

ANEXO I: Lista de chequeo Seguridad del Paciente, Consulta Externa

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E NIT. 891900481-4 LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE - CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CG-FM-45			
		VERSION: 01	PAG: 1 de 1		
		FECHA: 26/11/2017			
CONSULTA EXTERNA					
FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018					
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
PERSONAL - TALENTO HUMANO					
1	El personal esta completo e ingresa puntual a su puesto de trabajo				
2	Se realiza correcta llamado de pacientes según protocolo				
3	Se realiza oportuno reporte de fallas o eventos adversos				
4	Se atiende al paciente dentro del tiempo establecido por cada usuario				
5	Personal aplica las normas de bioseguridad respectivas durante la atención de pacientes (lavado de manos, normas de aislamiento)				
6	El personal asistencial utiliza las medidas de protección adecuadas (tapa bocas, guantes)				
7	Personal cuenta con carnet de identificación adecuado				
8	Los consultorios no poseen medicamentos en sus escritorios				
9	Se evidencia adecuado manejo y control de disposición de residuos según protocolo				
10	Se realiza de forma oportuna el reporte de eventos adversos				
INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE					
11	Se verifica mantenimiento preventivo de equipos biomédicos				
12	Se encuentra identificado el estado de mantenimiento del equipo biomédico				
13	Se encuentra identificado el estado de calibración del equipo biomédico				
14	Los extintores se encuentran ubicados correctamente, señalizados y con fecha vigente				
15	Se evidencia el adecuado estado de equipos biomédicos				
EQUIPOS Y UTENSILIOS					
16	Funcionan correctamente los monitores				
17	Los servicios cuentan con los insumos y medios necesarios para prestar asistencia correcta				
18	Se verifica el adecuado uso y rehusó de dispositivos según sus características				
ASEO					
19	En habitaciones de hospitalización los pisos, paredes, puertas, cielos rasos, techos, muros, ventanas al igual que los muebles al interior del área se encuentran en buenas condiciones de limpieza, desinfección y mantenimiento				
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO					
OTROS HALLAZGOS		TOTAL CUMPLIMIENTO			
		EVALUACIÓN			
		OPTIMA	MAYOR 80%		
		ADECUADA	50% A 80%		
		ACEPTABLE	20% A 50%		
		DEFICIENTE	MENOR 20%		

ANEXO M: Lista de chequeo humanización de los servicios en salud

	HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E LA VICTORIA VALLE NIT. 891900481-4				CÓDIGO: CG-FM-46
					PAGINA 1 DE 1
					VERSION 1
LISTA DE CHEQUEO HUMANIZACIÓN				FECHA: 20/10/2017	
HUMANIZACIÓN					
FECHA RONDA: DIA _____ DE _____ DE 2018					
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	El personal asistencial realiza saludo y presentación al usuario				
2	El personal socializa derechos y deberes a los usuarios y familiares de acuerdo a la ruta establecida.				
3	Se socializa los criterios de cuidado del paciente a familiares o acudientes				
4	Se llama al usuario por los nombres y los apellidos claramente, si no responde se llama nuevamente.				
5	Al firmar un consentimiento informado, se explica satisfactoriamente los riesgos y posibles complicaciones, así como el procedimiento a realizar				
6	Se atendió de forma oportuna, prioritariamente y sin barreras los usuarios en condición de discapacidad, gestantes, niños y ancianos				
7	Se realiza el manejo oportuno y adecuado del dolor del paciente según patología				
8	Se le brindo información oportuna al paciente o acudiente, por parte del medico tratante o personal asistencial sobre el estado de salud y definición de potologias o enfermedades				
9	Se le brindo información al paciente o acudiente, sobre sus derechos y deberes, orientando de acuerdo a su condición de salud y nivel educativo.				
10	El paciente y su familia manifiesta que el trato dado por el personal medico y de salud fue respetuoso, atento, amable, cordial y humano.				
11	los usuarios o pacientes presentes en las áreas conocen los canales existentes para expresar su opinión o percepción respecto a el servicio recibido				
12	los pacientes o usuarios presentes manifiestan haber sido encuestado anteriormente para conocer su opinión sobre los servicios recibidos en la institución				
13	Se evidencia atención adecuada y coherente según el TRIAGE				
14	La actitud del personal asistencial es respetuoso, empatico, humano y adecuado con los usuarios				
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO					
OTROS HALLAZGOS		TOTAL CUMPLIMIENTO			
		EVALUACIÓN			
		OPTIMA	MAYOR 80%		
		ADECUADA	50% A 80%		
		ACEPTABLE	20% A 50%		
		DEFICIENTE	MENOR 20%		

ANEXO Ñ: Matriz de acciones PAMEC 2017



HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS" E.S.E

CÓDIGO: GG-OT-07

LA VICTORIA VALLE

PAGINA 1 DE 1

NIT. 891900481-4

VERSION 2

PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) 2017

FECHA: 25/08/2015

TRD 300-002-001

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD		TOTAL CERRADAS	25	100%
FECHA DE ELABORACIÓN:	6 DE MARZO DE 2017	TOTAL SIN INICIO	1	4%
ÚLTIMA FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	29 DE DICIEMBRE DE 2017	TOTAL ATRASADAS	3	12%
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS SANTOS	TOTAL ACCIONES	25	100%

COD	ESTÁNDAR CRITERIO	ESTÁNDAR	CRITERIOS	FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CALIFICA				CALIFICACION				No.	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	PLAZO LIMITE	SEGUIMIENTO EJECUCIÓN	EVIDENCIA	ESTADO DE LA ACCIÓN	GASTO EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	
						T	ENFOQUE	IMPLE	RESULTADO	T	INCL	INCL	INCL									
AsDP3	E	La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	<ul style="list-style-type: none"> El código de ética contemple el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios. El código de buen gobierno incluya mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses. Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (hospitalaria, muerte cerebral, estado terminal, entre otros). 		Incluir el código de ética y la guía de buen gobierno a través del proceso de talento humano que permita generar la monitorización a través de una forma planificada, estructurada y permanente.									1	P	Incluir la socialización del código de ética en los procesos de inducción y reintegración de personal.	Subgerente SAU	Diciembre de 2017	Se debe incluir en el formato de inducción el código de ética, el Funcionario del SAU se hace responsable de realizar una presentación en Power Point	Ya se incluyó	C	\$ 6.000
														2	H	Diseñar instrumento de evaluación del código de ética y aplicarlo	Control Interno Calidad SAU	Diciembre de 2017	se creo formato tipo encuesta	Se creo encuesta como instrumento de evaluación del código de ética y se aplico	C	\$ 10.000
																			3	V	Ejecutar procesos de monitoreo en la aplicación del código de ética en las áreas de la organización (Rondas de Humanización) y realizar el cruce correspondiente con las quejas presentadas en el área de SAU.	Coordinador SAU
DR5	E	La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.		Cuentan con una política de humanización que resalta la promoción del respeto por el paciente la confidencialidad y la dignidad durante la atención que permiten fomentar y monitorear de manera objetiva la manifestación de una atención humanizada.	Medir el grado de adherencia y apropiación de la política de humanización en los servicios de atención.									4	P	Elaborar una política de humanización del servicio de salud para la institución	Coordinador SAU	Diciembre de 2017	política creada	Se creo la política	C	\$ -
																		5	H	Realizar socialización de la política de humanización a todos los colaboradores	Coordinador SAU	Diciembre de 2017

AsES	E	La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.	<ul style="list-style-type: none"> El profesional tratante debe estar informado de este derecho. La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar. La organización cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo. La ejecución del tratamiento aporta estrategias de humanización de la atención. 	Socializar con el cliente interno y externo al derecho a la segunda opinión y el proceso que se debe cumplir para dar una respuesta eficiente al usuario respecto a este derecho.											6	P	Incluir en el código de ética la incorporación del derecho que tienen los usuarios a la segunda opinión.	Coordinador SAU	Diciembre de 2017	Se incluyó en el código de ética	Código de ética del Hospital	C	\$	20.000	
															7	H	Informar al usuario que tiene esta opción a través del área de SAU en los casos en que se identifique insatisfacción por parte del usuario. Socializar este derecho con el cliente interno, que permita la toma oportuna de decisiones para los pacientes con diagnóstico complejo.	Coordinador SAU	Diciembre de 2017	Pendiente por ejecutar	Se publicó derecho a la segunda opinión en urgentes y se crearon los tratamientos para exponerlo a los usuarios que lo requieran, por parte del coordinador de SAU	C	\$	5.000	
AsPI	E	La organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de Seguridad del paciente y garantiza su despliegue en toda la organización mediante: <ul style="list-style-type: none"> Una estructura funcional para la seguridad del paciente. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentive el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. Monitorización de eventos adversos. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. 		Medir el grado de adherencia y apropiación de la política de Seguridad del paciente en los servicios de atención.												8	P	Actualizar la política de seguridad del paciente con los principios orientadores, la forma de implementación y los mecanismos de evaluación de la política	Coordinador médico	Diciembre de 2017	Retomar política de seguridad del paciente, con la jefé y el doctor Julián se programa una cita para la revisión.	Política de seguridad del paciente actualizada (IR-PT-04)	C	\$	5.000
																9	P	Definir los indicadores propios del programa y de la política de seguridad para garantizar la trazabilidad y tendencia de los resultados obtenidos por estos	Coordinador médico	Diciembre de 2017	Inmersos en el documento metodológico de la política y en el manual del programa	Mecanismos de evaluación e indicadores creados	C	\$	-
																10	H	Implementar los mecanismos de socialización de la política de seguridad del paciente a nivel institucional y los elementos claves que la componen	Coordinador médico Calidad SAU	Diciembre de 2017	Pendiente por realizar socialización	se realizó capacitación el 1 de septiembre, y se definió en la actualización del manual los elementos claves que la componen	C	\$	-
																11	H	Educar al personal en la cultura de seguridad del paciente, de acuerdo a los lineamientos de la política (Programa de Capacitación)	Coordinador médico Calidad SAU	Diciembre de 2017	ya se realizó socialización	ya se realizó capacitación y socialización en capacitaciones de humanización de los servicios	C	\$	200.000
																12	V	Realizar rondas de seguridad en los servicios para evaluar en que grado el proceso de capacitación, entrenamiento y educación muestran tendencias al mejoramiento de la seguridad del paciente.	Coordinador médico Calidad SAU	Diciembre de 2017	Se realizaron rondas de seguridad del paciente	se ejecutaron rondas de seguridad 4 para el periodo 2017	C	\$	8.000

ASPL10	E	<p>La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le aplican el objetivo, los beneficios y los inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico. Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a: <ul style="list-style-type: none"> Substancia del contenido de la información. Habilidades de comunicación y diálogo. En los casos de reiteraciones, se actualiza el consentimiento informado. Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento 	<p>Garantizar la aplicación del consentimiento informado en todos los procedimientos que así lo requieran</p>											21	P	Definir los procedimientos que requieren la firma de consentimiento informado para su realización, revisar y ajustar los consentimiento informados actuales	Coordinador médico	Diciembre de 2017	se definen en junta de médicos	definidos en junta de médicos	C	\$	-	
															22	H	Socializar los lineamientos de Aplicación del Consentimiento Informado para los Procedimientos a los cuales les aplique.	Coordinador médico	Diciembre de 2017	se estructuro consentimiento informado de otorrinología como guía de otros consentimientos informados	socializado en junta de médicos	C	\$	5.000	
ASCB	E	<p>El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizado por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica. La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos. La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento. Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas. La atención al paciente se realiza en forma Multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización. La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva. 													23	P	Revisar el proceso de auditoría para la evaluación de historias clínicas en el que se define el método de muestreo y los parámetros evaluables de calidad en la adherencia a protocolos y guías de atención, verificar y garantizar que contemple a la plenitud individual de atención, consentimiento informado, plan de egreso, pertinencia de la atención, correlación entre los resultados de pruebas diagnósticas y las decisiones clínicas.	Coordinador médico	Diciembre de 2017	instrucciones recibidas	Pendiente por revisar proceso de auditoría	A	\$	-
																24	H	Ejecutar el procedimiento de auditoría y formalizar un proceso de educación a través de los resultados obtenidos en las auditorías médicas realizadas.	Coordinador médico	Diciembre de 2017	Se espera, para retomar los lineamientos con el doctor Julián y la jefe para definir parámetros	Pendiente la ejecución de la auditoría	A	\$	-
DR10	E	<p>Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está sustentada con educación continuada en el tiempo. La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas 	<p>Definir e implementar procesos para asesorar la junta directiva y garantizar una función adecuada de la misma.</p>												25	P	Diseñar una metodología para identificar las necesidades de formación de los miembros de la JD y definir proceso de formación.	Calidad	Diciembre de 2017	Se realizó encuesta a la junta directiva	se cuenta con resultados	C	\$	5.000
																26	H	Establecer cronograma de formación a la junta directiva	Calidad	Diciembre de 2017	Se cuenta con necesidades identificadas	En reunión de junta directiva de noviembre de 2017 se ejecutó capacitación	C	\$	-