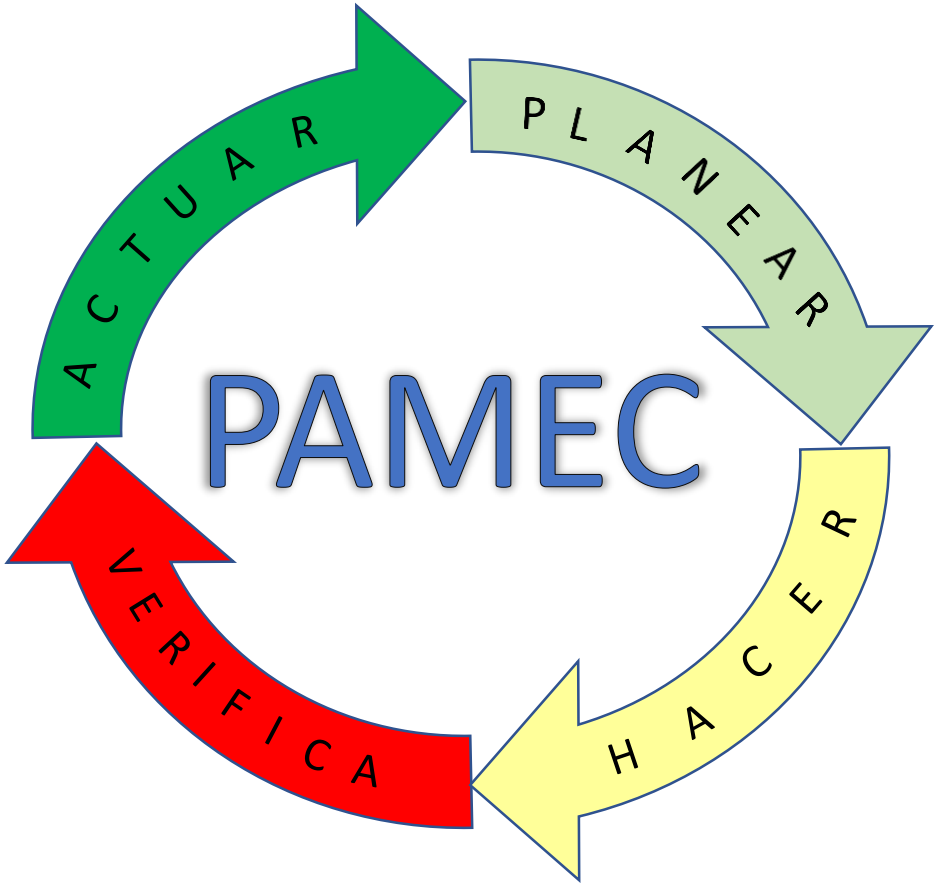
# PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD




ALEJANDRA MERCEDES PERDOMO CUELLAR
ODONTOLOGA ESPECIALISTA

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

“ LOGRAMOS LOS MAYORES BENEFICIOS, CON LOS MENORES RIEGOS POSIBLES PARA EL PACIENTE, DADOS CIERTOS RECURSOS”

**AVEDIS DONABEDIAN 1.984**



# CALIDAD

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental



# GENERALIDADES

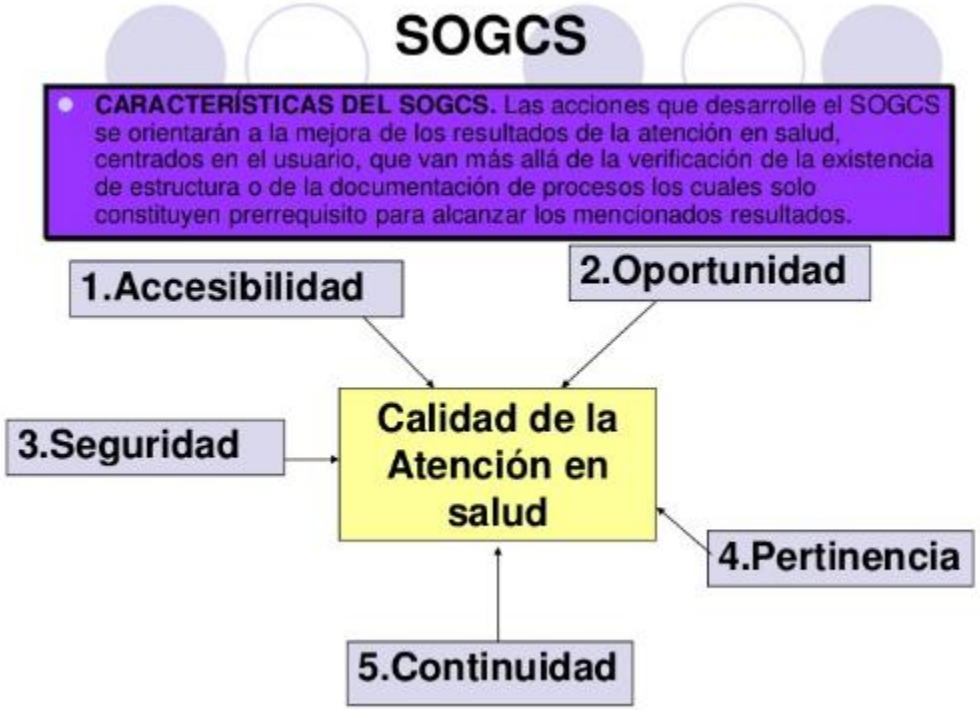
Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE SALUD

# SOGCS




Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

ACREDITACION EN SALUD

# SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE SALUD

NO SON PIEZAS INDIVIDUALES, SON UN CONJUNTO ARMONICO E INTEGRADO



## SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN

**Piso-riesgo**



## SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

**Nivel superior**

## PAMEC



## SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

**Indicadores reglamentarios e institucionales**



## SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

# FINALIDAD DE LOS COMPONENTES

## SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE SALUD



### SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN

**Establecer los requisitos mínimos que necesita una Institución para prestar servicios de salud**



### AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

**Detectar problemas o fallas de calidad, ejecutar acciones de mejora**



### SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

**Brindar atención con excelencia.**



### SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

**Medición y evaluación de la calidad a través de indicadores**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental




# MARCO LEGAL

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# MARCO LEGAL

## RESOLUCION 1445-2006:

Manual de Estándares de Acreditación

- EAPB.
- laboratorios clínicos.
- Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología
- Instituciones que ofrecen servicios de Habilitación y rehabilitación

## RESOLUCION 123 DE 2012:

Manual de Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 003 año 2011.

- IPS

## RESOLUCION 2003 DE 2014:

ESTANDARES HABILITACION
PROCESOS PRIORITARIOS.
TODOS LOS SERVICIOS.

## DECRETO 780 DE 2016:

DECRETO 1011-2006
Artículo 2.5.1.4.1 al artículo 2.5.1.4.9

## POLITICA Y BUENAS PRATICAS SEGURIDAD PACIENTE

## RESOLUCION 256 DE 2016:

INDICADORES DE CALIDAD

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002082 DE 2014

( 29 MAY 2014 )

Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones y en especial, de las conferidas por el artículo 6 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de los artículos 5, 10 y 11 del Decreto 903 de 2014, y

CONSIDERANDO

Que mediante Decreto 903 de 2014 se dictaron disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, encaminadas a su actualización y modernización y se definieron reglas para su operación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que en sus artículos 5 y 10 se estableció que dicho sistema se regirá tanto por lo dispuesto en el citado decreto, como por la reglamentación y requisitos que para su desarrollo e implementación establezca este Ministerio, a quien además, en los términos del artículo 11 ibidem, le corresponde adoptar los manuales de acreditación.

Que conforme con lo precedente, se hace necesario dictar disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del

# MARCO LEGAL

## RESOLUCION 2082 DE 2014

**ARTICULO 6 PARÁGRAFO:**
**LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE CARÁCTER PÚBLICO DEBERÁN IMPLEMENTAR LA ETAPA DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN, UTILIZANDO PARA EL EFECTO LOS CORRESPONDIENTES MANUALES DE ACREDITACIÓN, ADOPTADOS POR ESTE MINISTERIO.**

## ❑ HOJA RADAR PARA AUTOEVALUACIÓN

**La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 1445 de 2006 salvo su anexo técnico No. 1, 123 de 2012 salvo su anexo técnico, 3960 de 2008 y las disposiciones que les sean contrarias**

| VARIABLE | CALIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **ENFOQUE** | | | | | |
| SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico. | Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado. | El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas clave | El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico | El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico. |
| PROACTIVIDAD | Los enfoques son mayoritariamente reactivos | Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas | Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente. | El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo. | El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas |
| CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos) | La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Exceso de algunos hechos y datos, desarticulados | El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios | Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección. | Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento |
| **IMPLEMENTACIÓN** | | | | | |
| DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN | El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad. | La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes. | La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas. | Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte. | La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves. |
| DESPLIEGUE AL CLIENE INTERNO Y/O EXTERNO | El enfoque no se despliega hacia los clientes | Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero ello no es consistente. | Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia. | El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente | El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente |
| **RESULTADO** | | | | | |
| PERTINENCIA | Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar. | Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar. | Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados . | La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas. | Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas. |
| CONSISTENCIA | Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque. | Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque. | Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento. | La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento. | Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento. |
| AVANCE DE LA MEDICIÓN | No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición. | Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición. | Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición | Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar. | Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos |
| TENDENCIA | El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables. | Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias | Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. | La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente. | Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo. |
| COMPARACIÓN | No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores. | Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas | Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar. | Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar. | Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación. |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

# CIRCULAR 000012 DE 2016 SUPERSALUD

**HACE ADICIONES, ELIMINACIONES MODIFICACIONES A LA CIRCULAR 047 DE 2007**



## MARCO LEGAL

- IPS públicas, privadas y mixtas.
- Entidades Promotoras de Salud.
- Empresas de medicina prepagada.
- Servicios de ambulancia prepagada.
- Entidades Territoriales.

**Supervisión:**

- ✓ Evaluación del aprendizaje organizacional
- ✓ Ejecución de las acciones de mejoramiento
- ✓ Ejecución de Auditorías internas frente a la ejecución de planes de mejoramiento

**Reporte de la aplicación del PAMEC PARA IPS**
**Archivo ST002**
**Periodicidad: Anual**
**Fecha de corte: Diciembre 31**
**Fecha de reporte: Febrero 28**




Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

"LA PROVISION DE SERVICIOS ACCESIBLES Y EQUITATIVOS, CON UN NIVEL PROFESIONAL OPTIMO, QUE TENGA EN CUENTA LOS RECUROS DISPONIBLES Y LOGRE LA ADHESION Y SATISFACCION"

**RH PALMERY, 1.989**



# CALIDAD

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# PAMEC







Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# QUE ES EL PAMEC






**ES LA MANERA PARTICULAR EN QUE CADA INSTITUCION PONE EN MARCHA, OPERATIVIZA O IMPLEMENTA EL COMPONENTE DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental



# PAMEC

## DECRETO 780 DE 2016
## Art. 2.5.1.1.3. - Art. 2 del decreto 1011 de 2006

"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"

El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa éste componente.

- **Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud. MPS Versión 2007.**
- **Guías Básicas para la implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud. MPS Versión 2007.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# PARA TENER EN CUENTA:

- **La Autoevaluación incluida en los pasos de la ruta critica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de la Autoevaluación para la HABILITACION.**

## POR QUE EL PAMEC NO SE PUEDE BASAR EN ESTANDARES DE HABILITACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014?



**Artículo 2.5.1.3.2.16 del Decreto 780 de 2016:**

**Planes de cumplimiento. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.**

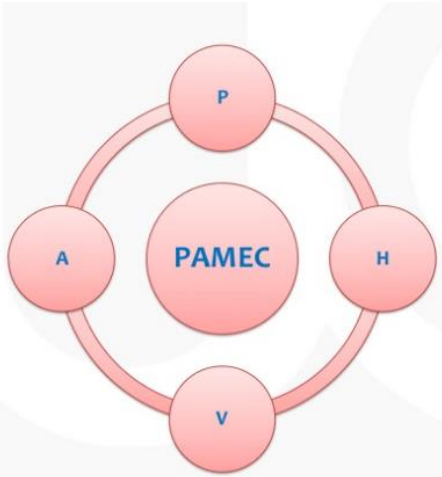
- **Durante la visita de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación, los verificadores evaluaran la implementación de PAMEC, esto es, las fases de: ejecución, Recomendar soluciones y Seguimiento.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental






# DISEÑO Y FORMULACION DEL PAMEC

**CORRESPONDE A LA ETAPA DE PLANEAR, TIENE COMO PRODUCTO UN DOCUMENTO QUE REGISTRA EN DETALLE LO QUE LA INSTITUCION VA A IPLEMENTAR COMO PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO**






Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# 1. INTRODUCCION

# CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

| PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PAMEC A DESAROLLAR EN EL AÑO .... |
| --- |
| INFORMACIÓN GENERAL DE LA IPS<br>Nombre de la Entidad:<br>NIT:<br>Representante legal:<br>Dirección:<br>Teléfonos:<br>Email: |
| ENFOQUE DEL PAMEC AÑO ....: |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# ¿COMO DETERMINO EL ENFOQUE ANUAL DEL PROGRAMA?

## INSUMOS PARA EL DIAGNÓSTICO



- AUDITORIAS INTERNAS
- AUDITORÍAS EXTERNAS
- COMITÉS INSTITUCIONALES
- RESULTADOS DE LOS INDICADORES REGLAMENTARIOS E INSTITUCIONALES
- LA ESCUCHA DE LA VOZ DEL CLIENTE

Gobernación del Huila

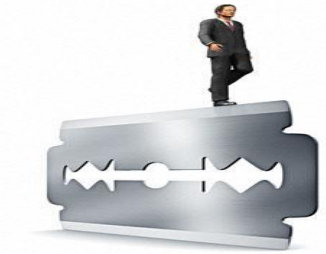
El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# METODOLOGÍAS (ENFOQUE) PARA REALIZAR EL PAMEC



**MEJORAMIENTO DEL RESULTADO DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**



**FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO PARA LOS PROCESOS MISIONALES.**

**FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**IPS PRIVADAS**

**IPS PUBLICAS**

**SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

## 2. MARCO OPERATIVO

# CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

NORMATIVIDAD, POLITICAS, DIRECTRICES.

GLOSARIO:

## 3. OBJETIVO

OBJETIVO DEL PROGRAMA: De acuerdo al enfoque.

JUSTIFICACIÓN

EQUIPO DE TRABAJO PAMEC O RESPONSABLE

APROBADO POR:

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

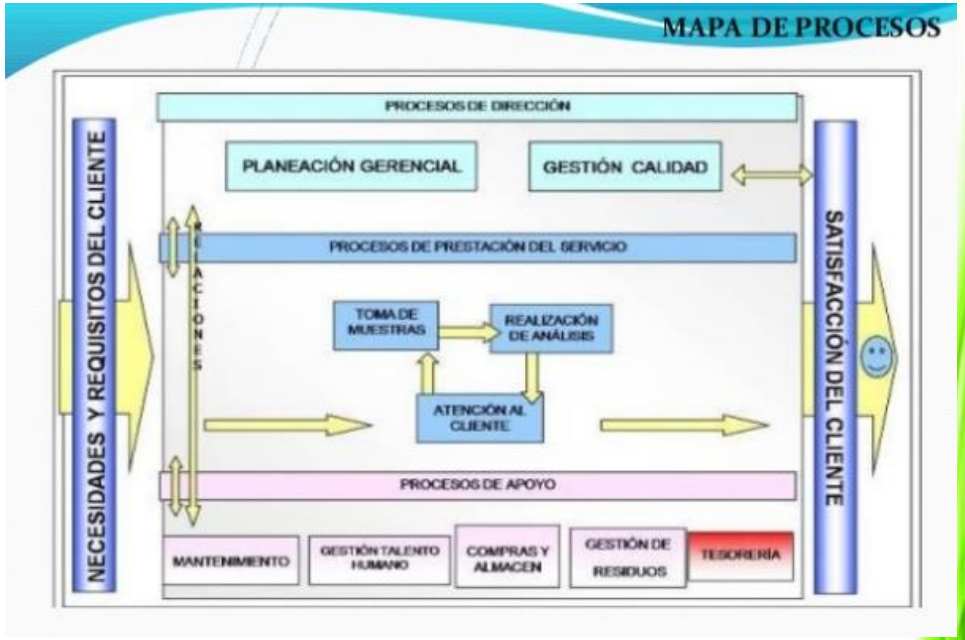
Secretaría de Salud Departamental

# CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

## MAPA DE PROCESOS

- PROCESOS GERENCIALES, PROCESOS ASISTENCIALES, PROCESOS DE APOYO
- LISTADO DE LOS PROCESOS.

| | | | IPS….. | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | LISTADO MAESTRO DE CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS | | | | | | | |
| CODIGO | | | | | | | DISTRIBUCION | | | |
| PROCESO | TIPO DOCUMENTO | CONSECUTIVO | NOMBRE | VERSION | VIGENCIA | CONTROL DE CAMBIOS | ORIGINAL | COPIA 1 | COPIA 2 | COPIA 3 |
| DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | | | | | | | | | | |
| | | | Código de etica y buen gobierno | | | | | | | |
| | | | Políica de Seguridad del Paciente | | | | | | | |
| | | | politica de atencion Humanizada | | | | | | | |
| | | | Control de Documentos y registros | | | | | | | |
| | | | Manual de Procesos | | | | | | | |
| | | | Modelo de atención | | | | | | | |
| | | | Modelo de gestión de calidad | | | | | | | |
| PROCESOS MISIONALES Y OPERATIVOS | | | | | | | | | | |
| GESTION DE ATENCION PREVIA AL USUARIO | | | | | | | | | | |
| | | | GESTION DE ATENCION PREVIA AL USUARIO | | | | | | | |
| | | | Buzón de Sugerencias | | | | | | | |
| | | | Manejo de Quejas y Reclamos | | | | | | | |
| | | | Manejo de Quejas y Reclamos | | | | | | | |
| | | | Manual de Atención al Usuario Derechos y Deberes | | | | | | | |
| | | | Encuesta de Satisfacción al Usuario | | | | | | | |
| GESTION DE ATENCION AMBULATORIA | | | | | | | | | | |
| | | | Plan de Choque de Mortalidad Materno Perinatal | | | | | | | |
| | | | Vacunación PAI | | | | | | | |
| | | | Solicitud de biologicos ante Secretaria de Salud Departamental | | | | | | | |
| | | | Aseguramiento Cadena de Frío | | | | | | | |
| | | | Control de Crecimiento y Desarrollo | | | | | | | |




Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# CONTENIDO GENERAL DEL DOCUMENTO PAMEC

**ALCANCE Y FRECUENCIA DE LAS AUDITORÍAS**
**NIVELES DE AUDITORIA: COMO SE VA A IMPLEMENTAR EL AUTOCONTROL Y LA AUDITORÍA INTERNA**
**ACCIONES DE AUDITORIA: PREVENTIVAS, DE SEGUIMIENTO Y COYUNTURALES**



AUTOCONTROL
PHVA



AUDITORÍA INTERNA



AUDITORÍA EXTERNA

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental




# GENERALIDADES DE LA AUDITORIA

Gobernación del Huila

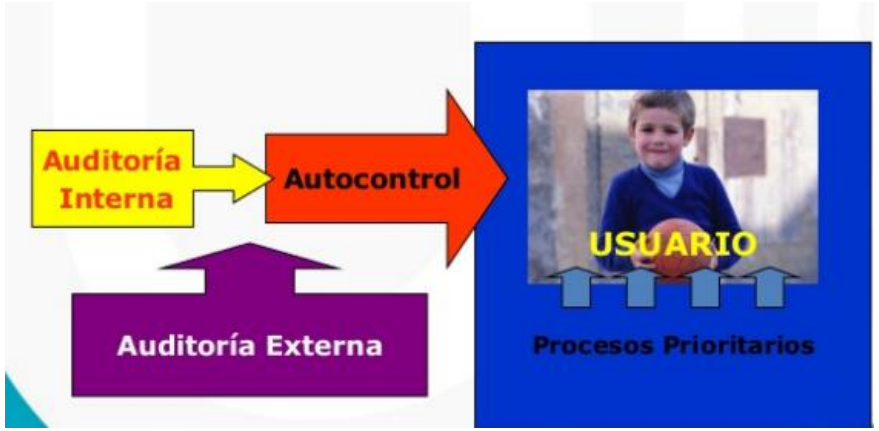
El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# LA AUDITORIA IMPLICA

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.
- Adopción por parte de las instituciones, de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.




Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA

**AUTOCONTROL: Cada miembro de la Entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la Norma y la Organización.**

**AUDITORÍA INTERNA. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma Institución por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la Organización adquiera la cultura del Autocontrol.**

**AUDITORÍA EXTERNA. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un Ente externo a la Institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol**



# ACCIONES DE AUDITORÍA



**ACCIONES PREVENTIVAS. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.**

**ACCIONES DE SEGUIMIENTO. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.**





**ACCIONES COYUNTURALES. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y con el objeto de prevenir su recurrencia**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# CLASES DE AUDITORIAS



**AUDITORIAS DE SERVICIOS DE SALUD**

**Verifica la calidad de los procesos ofrecidos por la institución para que los pacientes accedan rápidamente y con el trato humano requerido a los servicios ( asignación de citas, referencia y contrareferencia, oportunidad y accesibilidad)**



**AUDITORIA CLINICA**

**Aquella que centra su trabajo la evaluación propia de la atención.**

**-Medica**

**-Odontológica**

**-De enfermería**

**De optometría**



**AUDITORIA DE GESTION**

**Se considera también administrativa y de costos. Se enfoca en mantener y mejorar la prestación de los servicios de salud .**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental




# AUDITORÍA INTERNA:

## PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA:

- QUE SE AUDITARÁ
- FRECUENCIA DE EVALUACIÓN (FECHAS)
- METODOLOGIA
- RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA

## EJEMPLO

| AUDITORÍA INTERNA | FRECUENCIA DE EVALUACION |
|---|---|
| Adherencia a guías de manejo clínico | Semestral |
| Seguimiento a los indicadores de calidad y de riesgos | Mensual |
| Auditoria de Historias clínicas | Bimensual o Trimestral |
| Adherencia al proceso de administración segura de medicamentos | Semestral |
| Adherencia al Protocolo de uso racional de antibióticos | Semestral |
| Autoevaluación de requisitos de la Resolución 2003 de 2014 | Anual |

# CRONOGRAMA DE AUDITORIA

| AUDITORÍA | FRECUENCIA | FECHA | METODOLOGÍA | RESPONSABLE | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| Auditoría a la Gestión de los comités | | | | | |
| Auditoria al SIAU | | | | | |
| Adherencia al protocolo de lavado de manos | | | | | |
| Adherencia al Manual de Gestión de residuos. | | | | | |




# PAMEC

# RUTA CRITICA



Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# RUTA CRITICA PAMEC




Gobernación del Huila

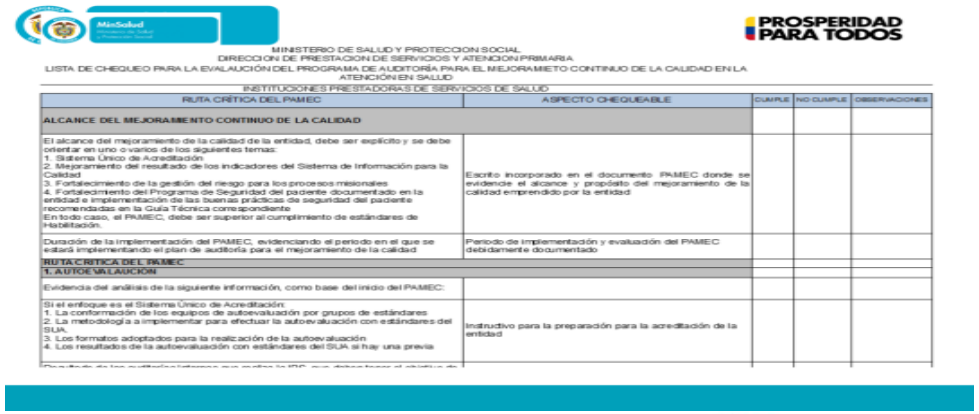
El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# PAMEC



## DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ATENCION PRIMARIA
LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALAUCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIETO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | ASPECTO CHEQUEABLE | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD** | | | | |
| El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas:<br>1. Sistema Único de Acreditación<br>2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad<br>3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales<br>4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente<br>En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación. | Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad | | | |
| Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad | Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado | | | |
| **RUTA CRITICA DEL PAMEC** | | | | |
| **1. AUTOEVALUACION** | | | | |
| Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC: | | | | |
| Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación<br>1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares<br>2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.<br>3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación<br>4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa | Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad | | | |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# CRONOGRAMA DE LA RUTA CRITICA ANUAL

| | QUE<br>PASOS DE LA RUTA CRITICA | OBJETIVO | COMO | TECNICA A UTILIZAR | FECHA PROPUESTA |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANEAR | **Formulación** del Programa a seguir en el año 2017 y elaboración del cronograma de actividades | Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información requerida para la evaluación de los procesos y elaboración del cronograma para controlar la ejecución de la auditoría. | Formulación del Programa anual conforme o establecido en las pautas de auditoría del Ministerio de Salud.<br><br>Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.<br><br>Establecer las fechas de realización de las acciones de la ruta crítica. | Diseño de modelo acorde las pautas de Auditoría del Ministerio de Salud y protección social. | |
| | **AUTOEVALUACIÓN** | | | | |
| | **SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR** | | | | |
| | **PRIORIZACION DE PROCESOS** | | | | |
| | **DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS** | | | | |
| | **CALIDAD OBSERVADA** | | | | |
| HACER | **FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN** | | | | |
| | **FORMULACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN** | | | | |
| VERIFICAR | **SEGUIMIENTO** AL PLAN DE MEJORA | | | | |
| | **EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORA** | | | | |
| ACTUAR | **APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL** | | | | |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# 1. DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# AUTOEVALUACION

- El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse.

- **Diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad**

- Impactan vigorosamente al usuario.



Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA

| 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | LIDER DE GRUPO: Coordinador SIAU VIGENCIA: 2017 | | | REPRESENTANTE LEGAL: | |
| No | ESTANDARES | CRITERIOS | FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | SOPORTES DE LAS FORTALEZAS |
| | | | | | |

- **FORTALEZAS:** Son los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos implementados por la IPS, donde se evidencia que se han obtenido resultados <u>POSITIVOS</u> del Sistema de Gestión de la calidad

- **OPORTUNIDADES DE MEJORA:** Son las estrategias que deberán ser implementadas para boquear los vacíos encontrados en el análisis de las fortalezas

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

| CONOCIMIENTO | COMPRENSIÓN | APLICACIÓN | ANÁLISIS | SINTESIS | EVALUACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| Adquirir<br>Calcular<br>Citar<br>Clasificar<br>Conocer<br>Decir<br>Definir<br>Describir<br>Distinguir<br>Enumerar<br>Fijar<br>Formular<br>Hacer listado<br>Identificar<br>Localizar<br>Mostrar<br>Nombrar<br>Recitar<br>Recordar<br>Relatar<br>Repetir<br>Reproducir<br>Seleccionar<br>Señalar<br>Subrayar<br>Traducir | Anular<br>Cambiar<br>Comentar<br>Comparar<br>Confeccionar<br>Construir<br>Decir<br>Describir<br>Determinar<br>Dibujar<br>Diferenciar<br>Discutir<br>Distinguir<br>Explicar<br>Expresar<br>Extraer conclusiones<br>Fundamentar<br>Generalizar<br>Hacer listas<br>Identificar<br>Ilustrar<br>Inferir<br>Informar<br>Interpretar<br>Justificar<br>Leer<br>Memorizar<br>Narrar<br>Preparar<br>Recitar<br>Reconocer<br>Recordar<br>Relacionar<br>Relatar<br>Repetir<br>Replantear<br>Representar<br>Resumir<br>Traducir<br>Transformar<br>Ubicar | Aplicar<br>Clasificar<br>Comparar<br>Demostrar<br>Desarrollar<br>Descubrir<br>Diseñar<br>Dramatizar<br>Efectuar<br>Ejemplificar<br>Ejercitar<br>Ensayar<br>Escoger<br>Experimentar<br>Fomentar<br>Hacer<br>Ilustrar<br>Interpretar<br>Llevar a cabo<br>Modificar<br>Operar<br>Organizar<br>Planificar<br>Practicar<br>Programar<br>Realizar<br>Reestructurar<br>Relacionar<br>Resolver<br>Sintetizar<br>Usar<br>Utilizar | Aclamar<br>Analizar<br>Calcar<br>Comparar<br>Constatar<br>Criticar<br>Debatir<br>Desarmar<br>Descomponer<br>Descubrir<br>Desmenuzar<br>Determinar<br>Diagramar<br>Diferenciar<br>Distinguir<br>Enfocar<br>Examinar<br>Experimentar<br>Inspeccionar<br>Inventar<br>Investigar<br>Observar<br>Probar<br>Relacionar<br>Señalar<br>Ver | Categorizar<br>Clasificar<br>Coleccionar<br>Compilar<br>Componer<br>Concebir<br>Concluir<br>Confeccionar<br>Constituir<br>Crear<br>Deducir<br>Definir<br>Diseñar<br>Elaborar<br>Escribir<br>Especificar<br>Esquematizar<br>Fabricar<br>Formular<br>Idear<br>Imaginar<br>Intuir<br>Inventar<br>Juntar<br>Manejar<br>Ordenar<br>Organizar<br>Planificar<br>Preparar<br>Producir<br>Proponer<br>Proyectar<br>Reconstruir<br>Relatar<br>Resumir<br>Sintetizar<br>Suponer<br>Teorizar | Apreciar<br>Aprobar<br>Argumentar<br>Asignar puntos<br>Asignar valor<br>Auscultar<br>Calcular<br>Calificar<br>Comparar<br>Comprobar<br>Considerar<br>Constatar<br>Criticar<br>Decidir<br>Discutir<br>Elegir<br>Escoger<br>Estimar<br>Jerarquizar<br>Juzgar<br>Medir<br>Preferir<br>Rechazar<br>Revisar<br>Tipificar<br>Valorar |

TAXONOMÍA DE BLOOM

# AUTOEVALUACIÓN CUANTITATIVA

| VARIABLE | CALIFICACION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **ENFOQUE** | | | | | |
| SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico. | Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado. | El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave | El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico | El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico. |
| PROACTIVIDAD | Los enfoques son mayoritariamente reactivos | Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas | Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente. | El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo. | El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas. |
| CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos) | La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados | El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios | Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección. | Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento |
| **IMPLEMENTACIÓN** | | | | | |
| DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN | El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad. | La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes. | La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas. | Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte | La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves. |
| DESPLIEGUE AL CLIENE INTERNO Y/O EXTERNO | El enfoque no se despliega hacia los clientes | Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente. | Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia. | El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente | El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente |
| **RESULTADO** | | | | | |
| PERTINENCIA | Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar. | Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar. | Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados . | La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas. | Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas. |
| CONSISTENCIA | Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque. | Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque. | Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento. | La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento. | Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento. |
| AVANCE DE LA MEDICIÓN | No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición. | Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición. | Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición | Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar. | Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos |
| TENDENCIA | El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables. | Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias | Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. | La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente. | Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo. |
| COMPARACIÓN | No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores. | Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas | Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar. | Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar. | Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación. |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

| 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES RES. 123 DEL 2012 | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALIFICACIÓN - 2017 | | | | | | | | | | | | | |
| LIDER DE GRUPO:COORDINADOR SIAU | | | PROCESO: SIAU | | | | | | | | | REPRESENTANTE LEGAL: | |
| GRUPO | No | ESTANDARES | ENFOQUE | | | IMPLEMENTACIÓN | | RESULTADO | | | | | TOTAL |
| | | | Enfoque Sistemico | Enfoque Proactivo | Enfoque evaluado y mejorado | Despliegue en la institución | Apropiaciòncliente interno y/o externo | Pertinencia | Consistencia | Avance de la medición | Tendencia | Comparación | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 2. SELECCIÓN DE PROCESOS

| OPORTUNIDAD DE MEJORA | PROCESOS O PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES |
|---|---|

Una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la autoevaluación, el equipo de la institución apoyado por el líder ó el equipo PAMEC, de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben identificar a que procesos pertenecen o afectan esas oportunidades de mejora.

Inventario General de todos los procesos a mejorar

* Mapa de Procesos.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

## Los pasos para la selección de procesos a mejorar son:

- **Presentación general del informe de autoevaluación al equipo autoevaluador.**
- **Presentación del mapa de procesos de la institución.**
- **Dinámica para que el equipo de trabajo Identifique a que procesos pertenecen las oportunidades de mejoramiento.**
- **Dejar constancia del trabajo realizado.**



CONFORMACION DEL EQUIPO EVALUADOR.

CAPACITACION DEL PERSONAL.

METODOLOGIA DE TRABAJO

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

Se consigna el listado de procesos que requieren mejora en la Institución, recordando que se deben incluir como mínimo aquellos definidos en el Decreto 1011 de 2006:

1. **AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD. La Entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios.**



**PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD**

**ATRIBUTOS DE CALIDAD**

- **ACCESIBILIDAD**
- **OPORTUNIDAD**
- **CONTINUIDAD**
- **SEGURIDAD**
- **PERTINENCIA**

**SATISFACCION DEL USUARIO**

SIAU
- ENCUESTAS
- SEGUIMIENTO A PQR



2. **ATENCIÓN AL USUARIO. La Entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 3. PRIORIZACION DE PROCESOS

Utilización de un método que permita establecer los procesos a mejorar a corto, mediano y largo plazo.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# PRIORIZACION DE PROCESOS

APLICANDO UNA METODOLOGÍA VÁLIDA:

- RIESGO, COSTO, VOLUMEN
- FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO
  - Sostenibilidad financiera
  - Rentabilidad social
  - Satisfacción del cliente externo
  - Satisfacción del cliente interno
  - Calidad de la atención

| 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES | | | | | | PRIORIZACION | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LIDER DE GRUPO: Coordinador SIAU VIGENCIA: 2017 REPRESENTANTE | | | | | | | | |
| No | ESTANDARES | CRITERIOS | FORTALEZAS | SOPORTES DE LAS FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | RIESGO | COSTO | VOLJUMEN | TOTAL |
| | | | | | | | | | |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

- Traducción de los deseos de los clientes.
- Formulación indicadores.
- Metas.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

CALIDAD ESPERADA

DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA PARA LOS PROCESOS PRIORIZADOS.

Acreditación: Cuantitativa

Indicadores: Meta de los indicadores

Seguridad del paciente: Que buenas prácticas quiero tener implementadas.

CALIDAD OBSERVADA

AUDITORÍAS INTERNAS.

AUDITORÍAS EXTERNAS.

SEGUIMIENTO A INDICADORES

SIAU

RESULTADO DE AUTOEVALUACION

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 5. MEDICION INCIAL DEL DESEMPEÑO

•Aplicación de las fichas técnicas de los indicadores.
•Establecimiento de la brecha entre el resultado esperado y el observado

- Se registra como se va a realizar la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios:

- Algunos ejemplos de métodos posibles para la medición del desempeño de los procesos son:

✓ Aplicación de Fichas técnicas de Indicadores
✓ Procedimientos de Auditoria operativa (Revisión documental, Inspección y/o verificación ocular, Análisis de datos, etc.)
✓ Proceso de Auditoria Interna tipo ISO

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

CALIDAD ESPERADA

BRECHA !!!

CALIDAD OBSERVADA

Para disminuir efectivamente la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, la institución deberá elaborar planes de mejoramiento que contengan las acciones correctivas a implementar, garantizando la aplicación del ciclo gerencial PHVA.

## CALIDAD ESPERADA VS CALIDAD OBSERVADA

| OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS | CARAC. DE CALIDAD | CARAC. DEL PROCESO | INDICADOR | META | CALIDAD OBSERVADA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Lo que va a hacer la institución para cumplir con las oportunidades de mejora | Como se va a medir | Lo que se desea obtener | Resultado de la medición |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 6. PLAN DE MEJORAMIENTO

Aplicación de la metodología de análisis y solución del problema utilizado por la institución

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

| CICLO | FLUJOGRAMA | QUE? | QUIEN? | CUANDO? | DONDE? | POR QUE? | COMO? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P | | ...actividad | ... La realiza | ... La ejecutan | ... La ejecutan | ... La realizan | ... La van hacer |
| H | | | | | | | |
| V | | | | | | | |
| A | | | | | | | |



# FORMULACIÓN DEL PLAN

- **Identificar el proceso del mapa de procesos de la IPS que es el responsable de que la acción se cumpla.**
- **Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y nombre propio la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# EJECUTAR TODAS LAS ACCIONES DE ACUERDO AL PLAN DE ACCION PLASMADAS EN LA MATRIZ 5W-1H

SGN-C048-F23

| QUÉ | QUIÉN | CUÁNDO | DÓNDE | POR QUÉ | CÓMO |
|---|---|---|---|---|---|
| Defina sobre qué se va a trabajar. Defina las actividades por realizar para bloquear la(s) causa(s) | Determine la responsabilidad en la ejecución de las acciones en cada etapa del plan en cuanto a personas. | Defina cuándo se hará, cronograma con fecha de terminación. | Determine la extensión y ubicación de las medidas por implementar. | Defina las razones por las cuales se decidió que se trabajara en dicha actividad, en razón del impacto que este genera | Determine la forma como va a mejorar la situación, forma como se implementarán las acciones. |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Acompañamiento para el seguimiento del cumplimiento del plan de acción.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

SERVICIO DE SALUD HABILITADO

| 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES | | | | FORMULACION PLAN DE ACCION | | | | CRONOGRAMA PLAN DE ACCION | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LIDER DE GRUPO: Coordinador SIAU VIGENCIA: 2017 REPRESENTANTE LEGAL: | | | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | N° ACCION | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO | CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA | | | | |
| No | ESTANDARES | CRITERIOS | OPORTUNIDADES DE MEJORA | | | | | Sem 1 | Sem 2 | Sem 3 | Sem 4 |
| | | | | | | | | | | | |

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 8. EVALUACION DEL PLAN DE MEJORA

Se ha disminuido la brecha inicial ?

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

| SEGUIMIENTO 1: Fecha | | SEGUIMIENTO 2: Fecha | | SEGUIMIENTO 3: Fecha | | SEGUIMIENTO 4: Fecha | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Responsable del seguimiento | Estado | Responsable del seguimiento | Estado | Responsable del seguimiento | Estado | Responsable del seguimiento | Estado |
| | | | | | | | |

DESARROLLO DE LA RUTA CRITICA

# 9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

- Socializar
- Nuevo ciclo de mejoramiento.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

- **Documento de análisis de las acciones realizadas:**
  **Se describe cual era el problema.**
  **Como se analizó.**
  **Cuales eran las causas del problema**
  **Como se trató**
  **Que resultado se obtuvo**

- **Procedimiento a seguir para la estandarización del proceso mejorado:**

**Que estandarizaron (Un proceso, un procedimiento, una guía, formatos)**

- **Capacitación a las personas de la organización en el proceso mejorado.**

- **Selección de proceso de auditoría e indicadores con los cuales se realizará seguimiento.**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

| FORMULACION PLAN DE ACCION | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ACCIONES DE MEJORAMIENTO | N° ACCION | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE | CARGO DE LA PERSONA RESPONSABLE | APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL | ESTANDARIZADA SI O NO ? |
| | | | | | |

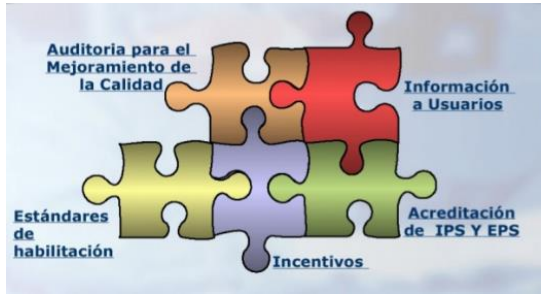
Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental




"La auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzos si no se realiza el ciclo continuo y no se da el cambio necesario en la estructura y el proceso de atención de salud".




Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# QUE NO ES AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Autorización de servicios.
Interventorias de contratos.
Auditorias de ISO 9001.
Actividades de vigilancia y control.
Revisión de requisitos de habilitación.
Revisión de cuentas medicas – glosas.

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# ETAPA DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE IPS DE CARÁCTER PÚBLICO

Se inicia con la decisión de la alta dirección de la entidad que aspire a acreditarse, en adelantar el mejoramiento continuo de la calidad y comprende los siguientes procesos:

- la selección de la entidad acreditadora, la cual deberá efectuarse de aquellas que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.
- La autoevaluación de los estándares de acreditación
- La gestión de planes de mejoramiento continuo.



Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# ETAPA DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN:

1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares.
2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.
3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa. Debe utilizar la hoja radar establecida en la Resolución 2082 de 2014.
4. Los resultados de la autoevaluación estándares del SUA si hay una previa.



Etapa de postulación para la Acreditación



Etapa de Preparación o de autoevaluación y mejoramiento

**CICLO DE ACREDITACIÓN**

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental




Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental

# GRACIAS

Gobernación del Huila

El camino es la EDUCACIÓN

Secretaría de Salud Departamental