
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Código: SCGC
		Versión: 10
		Página 1 de 7



**INFORME
EVALUACIÓN DEL
MEJORAMIENTO.
PAMEC 2023.**

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Código: SCGC
		Versión: 10
		Página 2 de 7

PASÓ 8 DE LA RUTA CRÍTICA: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO.

Su objetivo es valorar el cumplimiento y la efectividad de las acciones ejecutadas que se definieron previamente en el plan de mejoramiento, incluyendo el seguimiento desde el autocontrol y de la auditoría interna, el cual se debe evidenciar explícitamente. Esta actividad tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.


Lograr los objetivos y las metas trazadas es la finalidad de este Plan de Mejoramiento institucional, por ello es importante hacer seguimiento y evaluar periódicamente los avances en las actividades planificadas. Un elemento clave en este proceso es el seguimiento por parte de los líderes de procesos en cabeza con el líder de PAMEC, permitiendo con ello determinar si el resultado de cada acción se encuentra en estado de: **desarrollo, completo, atrasado, No iniciado.**

En el Hospital Eduardo Arredondo Daza se estableció para la evaluación de la efectividad en el cumplimiento de las actividades, es decir que impacto han logrado estas en la ESE, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos en el PAMEC y los de obligatorio cumplimiento.

Según lo expresado anteriormente los indicadores se convierten en una herramienta de medición que permite evaluar el cumplimiento de dichas actividades, en relación a esto se implementó como estrategia el análisis mensual de los resultados obtenido, lo que permite hacer monitoreo periódicamente y ajustes de acuerdo a los análisis, recordar que los logros serán a través del tiempo y con constancia.

Como institución pública es importante resaltar la labor de control interno el cual debe participar en la evaluación y seguimiento de este Plan. A final de año se consolidará el seguimiento al Plan de Mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité del Sistema Integrado de Calidad.

Para conocer si el Plan de Mejora es efectivo monitorear los resultados de las acciones planteadas. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
		Código: SCGC
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Versión: 10
		Página 3 de 7

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

Se realizaron 2 seguimientos del Desarrollo de la Ruta Critica 8 de PAMEC - EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO, revisando las acciones de mejora con cada líder, verificando el estado de ejecución y el porcentaje de avance de las acciones priorizadas en el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2023.

El primer seguimiento de las acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento se realizó con cada líder, verificando el estado de ejecución y el porcentaje de avance de las acciones priorizadas en el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2023.


En el segundo seguimiento de las acciones priorizadas en el Plan de Mejoramiento, se analiza si hubo cierre de brecha entre la calidad esperada y observada como constancia se toma firma de los mismos.

La calidad esperada como la meta deseada en la calificación de cada uno de los criterios propuestos de los estándares de acreditación evaluados y priorizados, apoyan la medición sistemática y continua de los resultados obtenidos en los indicadores del Sistema de Información para la calidad en la ESE, es evidente que esta planificación se enfocó a la mejora continua de la calidad técnico científica que impacta positivamente en la salud de sus usuarios y población en general con el menor riesgo posible.

La calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera lograr el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas y desarrolladas para la vigencia 2023.

Para la vigencia 2023 se seleccionaron 138 estándares de los cuales se Priorizaron 25 Procesos objeto de mejora, el grupo de estándares con mayor incidencia fue el Estándar Asistencial, con 63 procesos priorizados; teniendo en cuenta que se incluyó los estándares de la Resolución No. 1328 de 2021; Expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.


De la evaluación de seguimiento realizada a la fecha se puede inferir que se obtuvo

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Código: SCGC
		Versión: 10
		Página 4 de 7

un cumplimiento de las 25 acciones de mejora de las 25 planeadas para la vigencia 2023, con un resultado de cumplimiento del 100 %; superando la meta de cumplimiento del 90% programada para esta anualidad.


Con base al resultado obtenido se concluye informe para el reporte anual de la Circular 012 de 2016 de la ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA con la siguiente información:

- Número de Acciones programadas: 25
- Número de Acciones ejecutadas: 25
- Número de Auditorías Internas Programadas: 2
- Número de Auditorías Internas Ejecutadas: 2
- Número de Documentos soporte: 30
- Lista de Procesos Estandarizado así:
 1. RESOLUCIÓN DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y CONFORMAR EL EQUIPO.
 2. CUMPLIMIENTO CON LA OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA INSTITUCIÓN, PARA ESTO SE REALIZAN ESTRATEGIAS, UNA DE ESTA SON LOS PLANES DE MEJORAMIENTOS Y TAMBIÉN SE EVIDENCIA EN EL CARGUE DEL INDICADOR DE LA RESOLUCIÓN 1552 DEL 2013 EL CUMPLIMIENTO DE ESTA ACCIÓN.
 3. CAPACITACIÓN SOBRE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA Y EVALUAR SU ADHERENCIA.
 4. POLÍTICA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS Y SU APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE FARMACIA TERAPÉUTICA DE LA ESE.
 5. PROCESO QUE GARANTICE QUE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO EL USUARIO TENGA EL DERECHO, SI ASÍ LO SOLICITA O REQUIERE, A UNA SEGUNDA OPINIÓN CALIFICADA DE SU CONDICIÓN MÉDICA.
 6. CAPACITAR AL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIO DE ODONTOLOGÍA Y EVALUAR LA EFECTIVIDAD Y LA CONTINUIDAD DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD ORAL.
 7. ACTIVIDADES PLANEADAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE; DANDO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Código: SCGC
		Versión: 10
		Página 5 de 7

RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS GRUPOS POBLACIONALES Y LOS DETERMINANTES SOCIALES QUE FUERON IDENTIFICADOS.

8. PRESENTACIÓN DIGITAL DEL PORTAFOLIO DE SERVICIO DE SALUD, QUE SE ORGANIZARÁ CON LA LÍDER DE SIAU Y LA PERIODISTA PARA PASARLA POR LOS TELEVISORES QUE SE ENCUENTRAN EN CADA SEDE DEL HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA Y ASÍ SE TIENE INFORMADO DE MANERA CLARA Y PERMANENTE A LOS USUARIO QUE VISITAN NUESTRO HOSPITAL.
9. PLAN QUE INCLUYA EL PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO QUE INVOLUCRE EL PAPEL DE CADA SEDE, TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
10. INFORME DE VERIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL PARA LA VIGENCIA 2023 Y ASÍ PODER DETERMINAR LA ARTICULACIÓN CON LAS METAS DE LOS PLANES DE ACCIÓN DE LA MISMA VIGENCIA.
11. PRESENTACIÓN DIGITAL DEL PORTAFOLIO DE SERVICIO DE SALUD, QUE SE ORGANIZARÁ CON LA LÍDER DE SIAU Y LA PERIODISTA PARA PASARLA POR LOS TELEVISORES QUE SE ENCUENTRAN EN CADA SEDE DEL HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA Y ASÍ SE TIENE INFORMADO DE MANERA CLARA Y PERMANENTE PARA EL USUARIO, FAMILIAR, ACOMPAÑANTE O CUIDADOR QUE VISITAN NUESTRO HOSPITAL.
12. PROCESO DE ASESORÍA Y EDUCACIÓN CONTINUADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE.
13. INFORME EN DONDE SE REvisa LA MISIÓN Y VISIÓN INSTITUCIONAL, PRIORIZANDO SUS OBJETIVOS DE ACUERDO CON UN ANÁLISIS PREVIO SOBRE SU ACTIVIDAD, LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE ATIENDE Y LOS RECURSOS DISPONIBLES
14. INFORME EN DONDE SE REvisa LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN, SI ES COHERENTE CON EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO; TENIENDO EN CUENTA LA POBLACIÓN QUE ATIENDE.
15. MECANISMOS DE CONTROL SOCIAL COMO LA RENDICIÓN DE CUENTAS ANTE LA COMUNIDAD Y GRUPOS DE INTERÉS, EN EL MARCO DE LOS PRINCIPIOS DE BUEN GOBIERNO.
16. DOCUMENTO DONDE SE IMPLEMENTA EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO ARTICULADO CON EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO, CON UNA POLÍTICA ORGANIZACIONAL QUE CUENTE CON HERRAMIENTAS Y


	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Código: SCGC
		Versión: 10
		Página 6 de 7

METODOLOGÍAS PARA IDENTIFICAR, PRIORIZAR, EVALUAR E INTERVENIR LOS RIESGOS; INCLUYENDO LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN SALUD, LOS ESTRATÉGICOS Y ADMINISTRATIVOS.

17. PROCESO DEL REDISEÑO INSTITUCIONAL DEL HEAD.
18. MANUAL DE FUNCIONES CON LAS COMPETENCIAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE, HUMANIZACIÓN, GESTIÓN DEL RIESGO Y DE LA TECNOLOGÍA Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.
19. PROCESO DONDE DETERMINE EL NÚMERO DE ESTUDIANTES DE PRÁCTICA POR CAPACIDAD INSTALADA, TENIENDO EN CUENTA LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
20. PROGRAMA DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA QUE CUMPLA CON EL PLAN DE CONTROL DE RIESGOS Y GESTIÓN DEL SERVICIO E INCORPORARLO EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONAL.
21. PROCESOS QUE FOMENTE LA CULTURA ECOLÓGICA Y USO RACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS.
22. POLÍTICA DE NO FUMADOR APROBADA Y SOCIALIZADA.
23. SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DE TENCOSIGILANCIA SOBRE LA GESTIÓN DE INSUMOS Y SUMINISTRO DE LA ESE.
24. INFORME SOBRE EL CUBRIMIENTO DE LA CONECTIVIDAD (INTERNET) DE LAS SEDES RURALES QUE SE TIENEN PLANEADAS COMO SON MARIANGOLA, PATILLAL, LOS VENADOS HASTA EL MES DE DICIEMBRE.
25. INFORME DE LA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL PARA CADA UNA DE LAS POLÍTICAS DE LAS 7 DIMENSIONES DEL MIPG (FURAG).

PAMEC 2023.

En conclusión se cuenta con el programa de Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad PAMEC, con el cual se da cumplimiento a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el decreto 780 del 2016 “Decreto único reglamentario de Salud” que deroga el Decreto 1011 de 2006, en el cual se establecen los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y Sistema Único de Acreditación. Este mismo en su artículo 2.5.1.4.1 constituye la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	Fecha: 22/03/2021
		Código: SCGC
	SUBDIRECCION CIENTIFICA GARANTIA DE CALIDAD	Versión: 10
		Página 7 de 7

la Atención de Salud define que: Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Además se contó con un cronograma de Diseño PAMEC vigencia 2023 según ruta crítica, el cual presento un cumplimiento del 100% de las actividades programadas para este año y las evidencias están a cargo de la líder de PAMEC que se encuentra en la oficina de Calidad del HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E., en medio físico y magnético.

De esta manera se finaliza el seguimiento y la evaluación de las Acciones priorizadas en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; cumpliendo con los estándares de calidad priorizados en la vigencia 2023.