



# HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

**Un Compromiso Social con la Salud**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

**P.A.M.E.C**

**2009**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	3
1. MARCO OPERATIVO Y JURIDICO	4
2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	7
2.1. MISION	7
2.2. VISION	7
2.3. PRINCIPIOS Y VALORES	7
2.4. POLITICA DE CALIDAD	8
3. OBJETIVOS Y METAS	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
3.3 METAS	10
4. METODOLOGIA DESARROLLO E IMPLEMENTACION DEL PAMEC	13
5. ETAPAS RUTA CRITICA DEL PAMEC	14
5.1 ETAPA 1. AUTOEVALUACION	14
5.2 ETAPA 2. PRIORIZACION DE PROCESOS	16
5.3 ETAPA 3. DEFINICION DE LA CALIDADE ESPERADA	19
5.4 ETAPA 4. MEDICION INICIAL	20
5.5 ETAPA 5. FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	22
5.6 ETAPA 6. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	25
5.7 ETAPA 7 EVALUACION DEL MEJORAMIENTO	26
BIBLIOGRAFIA	28
Anexo 1. Conformación de Equipos de Autoevaluación	
Anexo 2. Autoevaluación de Estándares de Acreditación – Marzo de 2009	
Anexo 3. Programa de Auditoria del Sistema Integrado de Calidad	
Anexo 4. Equipos de Mejoramiento Estándares de Acreditación	

## INTRODUCCION

El programa de Auditoria del mejoramiento de la calidad debe ser implementado en el Hospital de Usme para impactar sobre los procesos críticos asistenciales y aquellos administrativos que influyen en la prestación de los servicios, así mismo, garantiza la mejora de la prestación del servicio para lograr la satisfacción de nuestros usuarios y disminuir los riesgos de eventos adversos que repercutan sobre los mismos.

Con este programa de auditoria se busca también generar un cambio de cultura al interior de la entidad comprometiendo a todo el personal de la institución desde la alta Gerencia, nivel administrativo y asistencial, en el mejoramiento continuo y la búsqueda de la excelencia hasta alcanzar el cumplimiento de estándares de acreditación, a través del Autocontrol, auditoria interna, la medición permanente y el mejoramiento continuo de los procesos.

Su estructura, se documentó siguiendo los pasos de la ruta critica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, propuestos por el Ministerio de la Protección Social, en donde con base en una autoevaluación institucional de estándares superiores a los del Sistema Único de Habilitación y concordantes con el propósito de Acreditación se establecieron los planes de mejoramiento, con el único fin de acercar la institución a los usuarios, satisfaciendo razonablemente sus necesidades y expectativas y con un propósito cercano de cumplir los estándares superiores de calidad establecidos en el sistema de de acreditación en salud.

## 1. MARCO OPERATIVO Y JURIDICO

La implementación del PAMEC, irá de la mano de la Misión la Visión, Política de Calidad y Operativas, los principios y Valores de la Institución, teniendo como base la siguiente normatividad:

### Constitución Política de Colombia:

- **Artículo 48:** Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD Y SOLIDARIDAD.
- **Artículo 49:** Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

### Ley 100 de 1993:

- **Artículo 153:** Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y **CALIDAD**. La **CALIDAD** Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- **Artículo 178:** Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- **Artículo 227:** Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

**Ley 872 de 2003:**

Crea el sistema de Gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público.

**Decreto 4110 de 2004**

Por el cual se reglamenta la ley 872 del 2003 y se adopta la norma técnica de Calidad en la Gestión Publica.

**Decreto 1011 de Abril 03 2006:**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Resolución 1043 de Abril 03 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.

**Resolución 1446 de Mayo 08 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:**

Por la cual se establece el Sistema Único de acreditación.

**Resolución 1995 de Julio 08 de 1999:**

Por la cual se establecen las normas para el manejo administración y custodia de historias clínicas.

**Resolución 2680 de Agosto 03 de 2007:**

Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

	<b>HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E</b>		 
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>	CODIGO: USME-GPA-INS-001	
PAG. 6 DE 28			

**Resolución 2955 de Agosto 27 de 2007:**

Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones

**Resolución 3763 de Octubre 18 de 2007:**

Por la cual se modifican parcialmente la Resolución 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones

**Resolución 2181 junio de 2008:**

Guía aplicativa del sistema obligatorio de Calidad que hace obligatoria la implementación del Ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento.

## 2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

### 2.1 MISION

Nuestro compromiso es mejorar de manera integral las condiciones de salud de la población, con calidad y humanización. (Aprobada según Resolución 1671 del 20 de Agosto de 2008).

### 2.2 VISION

Para el año 2015, la población habrá mejorado las condiciones de calidad de vida con una institución sólida, que cubra sus necesidades y expectativas de salud. . (Aprobada según Resolución 1671 del 20 de Agosto de 2008).

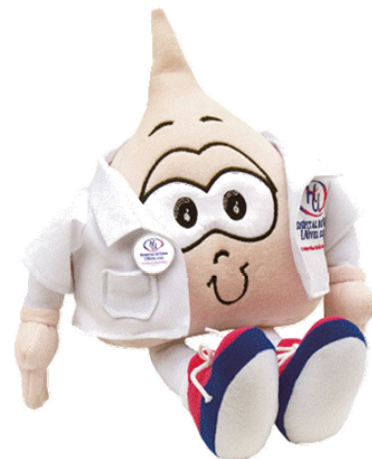
### 2.3 PRINCIPIOS Y VALORES

En concordancia con la filosofía del Programa “Alas para la Gestión”, todos los servidores y servidoras del Hospital de Usme velaremos por el cumplimiento de los siguientes principios éticos:

- **HUMANIZACION:** Nuestra institución, promoverá la garantía de los derechos universales e irrenunciables de las personas y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social.
- **PROTECCION INTEGRAL:** Todas las personas tienen derecho a que se les brinde atención en salud integral en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con calidad y eficiencia.

Los valores institucionales construidos participativamente, que enmarcan el compromiso ético y profesional de todos los servidores del Hospital, aprobados según resolución interna 1671 del 20 de Agosto del 2008, actualizada según resolución interna 477 del 16 de Junio de 2009 son:

- **RESPECTO:** Es aceptar y comprender tal y cómo son los demás, acatar su autoridad y considerar su dignidad, es la esencia de las relaciones humanas.
- **RESPONSABILIDAD:** Es la actitud del ser humano de interactuar, comprometerse, ir más allá y aceptar las consecuencias de sus actos.
- **SOLIDARIDAD:** Practica de mutua ayuda entre las personas con el ánimo de actuar siempre en pro de la comunidad, con base en la verdad y la justicia sin buscar jamás aprovecharse de la confianza, la inocencia e ignorancia del otro.



## 2.4 POLITICA DE CALIDAD

La política de Calidad se centra en que el Hospital de USME I Nivel Empresa Social del Estado, garantiza la eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de calidad cumpliendo con las necesidades, requisitos de sus clientes internos, pagadores y, usuarios. (Aprobada según Resolución 1671 del 20 de Agosto de 2008).

Concibe como objetivos de Calidad:

1. Garantizar la prestación de servicios confiables y seguros cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la normatividad vigente y hacia la satisfacción de los usuarios.
2. Asegurar la prestación de los servicios con un equipo humano que cumpla con las competencias necesarias para la atención a los usuarios.

3. Asegurar la idoneidad y calidad de los proveedores garantizando la calidad de los insumos para la atención y prestación de los servicios.
4. Modernizar el Hospital de USME hacia una gestión integrada basada en Procesos que permita alcanzar la visión institucional.
5. Mantener información confiable y oportuna para facilitar la toma de decisiones y tomar acciones que mejoren el desempeño financiero y asistencial.

### 3. OBJETIVOS Y METAS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Lograr la obtención de estándares superiores de calidad basados en el Sistema Único de Acreditación SUA (Res 1445 de 2006), a través de la evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos para la prestación de los servicios de salud de la institución, buscando el mejoramiento continuo de los estándares de calidad, con uso racional y pertinente de los insumos, reflejando calidad en la atención de los servicios prestados y buscando satisfacción de nuestros clientes y partes interesadas.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar en el Hospital de Usme una cultura de calidad, que con base en el mejoramiento continuo de los procesos de la atención en salud, orienten la gestión institucional a obtener la Acreditación en Salud para el primer trimestre del año 2011.
- Lograr que en Julio de 2010 la satisfacción de los clientes externos e internos de la entidad, alcance el 85%.
- Alcanzar en Julio de 2010 un 90% de coordinación entre los diferentes servicios que conjuntamente intervienen en la atención en salud.
- Lograr que a Diciembre de 2009 el 90% de los colaboradores del Hospital conozcan, comprendan y apliquen los parámetros de calidad definidos por la organización para cumplir las características principales del Sistema Obligatorio de Calidad, como son la accesibilidad, la continuidad, la oportunidad, la pertinencia y la seguridad.

- Realizar la evaluación y seguimiento de la calidad de la atención prestada a través de medición de la implementación y aplicación de las guías de manejo en el 100% de los servicios.
- Mejorar en mínimo el 85% la calidad formal y de contenido de las Historias Clínicas.
- Realizar seguimiento y evaluación del uso racional y pertinente de los medicamentos y actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico en el 100% de los servicios.
- Fortalecer los mecanismos de control para disminuir las glosas preliminares en la institución en un 10%.
- Generar la participación de la totalidad de los líderes de proceso en la evaluación y análisis de los indicadores de estándares de calidad en la institución.
- Reducir en un 10% las quejas de los usuarios para junio del 2010, tomando como punto de partida la línea base actual.
- Desarrollar acciones coherentes de capacitación, seguimiento y evaluación que promuevan la implementación del Programa de Seguridad de Paciente de acuerdo al cronograma previsto.

### 3.3 METAS

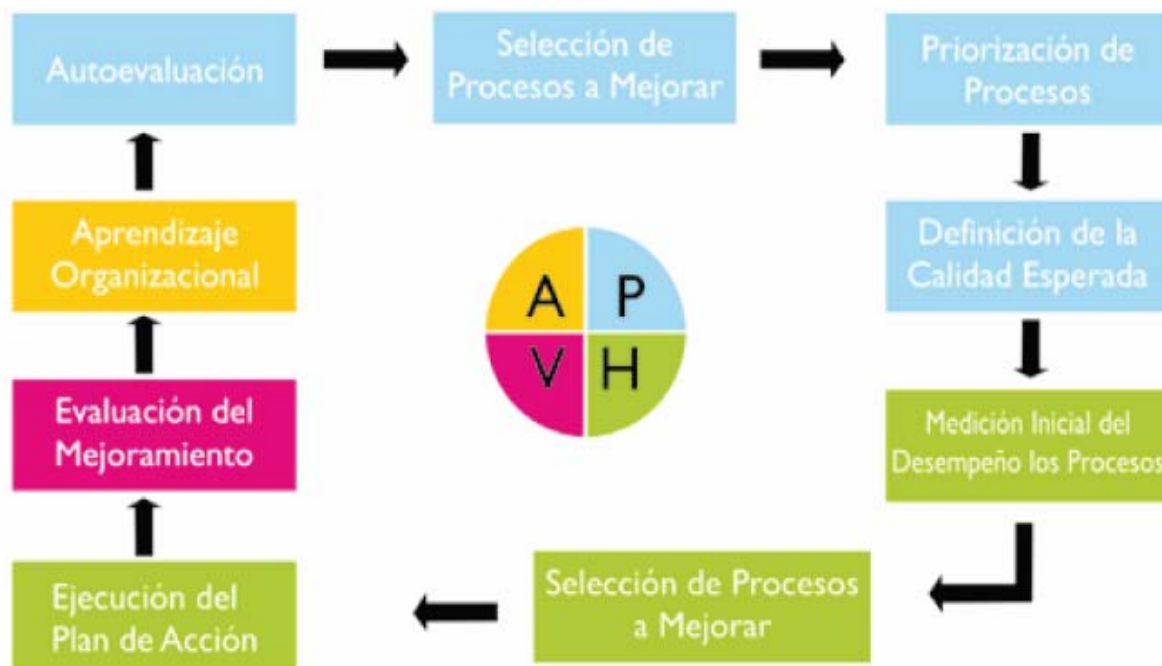
- Cumplimiento gradual de los estándares de Acreditación pasando de 1,49 (resultado consolidado tercer autoevaluación) a 2,0.
- Generación de una cultura de calidad y seguridad en todos los procesos con mínimo un 60% de adherencia
- Logro de niveles de satisfacción de los usuarios, mínimo el 85% a Julio de 2010

- Definición de los indicadores y estándares necesarios para la evaluación y control de todos los procesos del Hospital a Mayo de 2010.
  
- Disponibilidad de un equipo humano responsable de la estrategia del mejoramiento continuo.
  
- Minimización y control del riesgo relacionado con la prestación de servicios de salud, a través de la implementación de barreras de seguridad efectivas.

#### 4. METODOLOGIA, DESARROLLO E IMPLEMENTACION DEL PAMEC

La formulación e implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, se realizó mediante la aplicación de la metodología establecida por la Secretaría Distrital de Salud en las “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007”, y las orientaciones recibidas en la asesoría ejecutada del 18 de Junio al 20 de Agosto de 2009, con lo cual se realizaron mejoras al texto original aprobado según el Acta Nro. 3 del Comité de Calidad y Control Interno y resolución 477 del 16 de Junio de 2009.

Para poner en marcha el programa se aplicó la siguiente ruta crítica:



## 5. ETAPAS RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

### 5.1 ETAPA 1. AUTOEVALUACION

Para el desarrollo de esta etapa se realizará la conformación de un equipo de trabajo integrado por personal del área administrativa, coordinadores de servicio y personal asistencial, quienes recibieron capacitación para el proceso; empleando para ello como metodología, la observación, documentación y comparación entre el que hacer diario y el desempeño ideal, teniendo como base los estándares del Sistema Único de Acreditación (Res 1445 de 2006). (*Ver Anexo 1 Conformación de Equipos de Autoevaluación*).

Para cada estándar se identifica la línea base, las fortalezas, los soportes de las fortalezas y las oportunidades de mejora propuestas para lograr el desarrollo de los requisitos de los estándares de acuerdo a los siguientes criterios:

- **Línea Base:** Esta es una descripción o recuento de lo que ha hecho, lo que tiene y lo que ha logrado la institución para dar cumplimiento a lo solicitado en el estándar, documentado en relación a las fases del ciclo PHVA para ubicar las acciones adelantadas.
- **Fortaleza:** Característica consistente fácilmente reconocida. Superior a la norma y que genera Valor de cara al usuario.
  - Su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: El servicio o proceso que tienen la fortaleza + Cuál ha sido el enfoque y como se ha implementado + Cuantificación de los resultados
- **Soporte de la Fortaleza:** Evidencia objetiva de la fortaleza: Documento, Acta, Informe, Indicador, formatos, etc.

- **Oportunidad de Mejora:** Acción a desarrollar, redactada en forma de OBJETIVO (inicia con un verbo en infinitivo, redactada en positivo, orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado.
  
- **Proceso:** Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.

Una vez finalizada esta etapa de análisis, se procedió a realiza la calificación de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la hoja radar del Sistema Único de Acreditación Res 1445 de 2006.

Para el desarrollo de esta etapa se realizaron los siguientes pasos:

1. Leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.
2. Interpretar el estándar, aclarando el propósito y la finalidad de los requisitos, llegando a una interpretación por consenso.
3. Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa ( Línea Base, Fortaleza, Soporte de la Fortaleza, Oportunidad de Mejora y Proceso)
4. Calificar el estándar - autoevaluación cuantitativa

Teniendo en cuenta la integralidad del Sistema Único de Acreditación, frente a la obtención de estándares superiores de calidad, y su complementariedad con los indicadores del sistema de información para la calidad (Resolución 1446 de 2006) y el estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación (Anexo Técnico 1 – Resolución 1043 de 2006), se tomo en cuenta el respaldo de la información existente frente a estos aspectos como insumo para realizar la autoevaluación. (Ver Anexo 2. Autoevaluación Estándares de Acreditación).



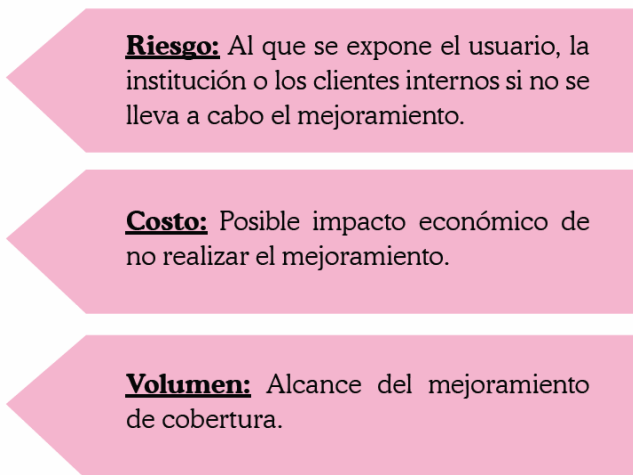
## 5.2 ETAPA 2. PRIORIZACION DE PROCESOS

Teniendo en cuenta la decisión del Hospital de realizar la autoevaluación con base en los estándares de Sistema Único de Acreditación, no se realiza priorización de procesos a mejorar, pues los planes de mejoramiento se elaborarán con oportunidades de mejora priorizadas que permitirán, la obtención gradual de estándares de calidad concordantes con acreditación en todos los procesos.

Para la priorización de las oportunidades de mejora, se adoptaron los criterios de valoración para realizar la priorización de los estándares teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social.

Se realizó la calificación de cada oportunidad de mejora, teniendo en cuenta los criterios definidos: Riesgo, Costo y Volumen.

Criterios de Priorización



**Fuente:** Proyecto de preparación para la acreditación y adopción del componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad – Ministerio de la Protección Social 2009.

Igualmente se definió y semaforizó la escala a emplear para identificar los procesos a priorizar. (Ver Tabla 1. Criterios de Priorización de Estándares y Semaforización).

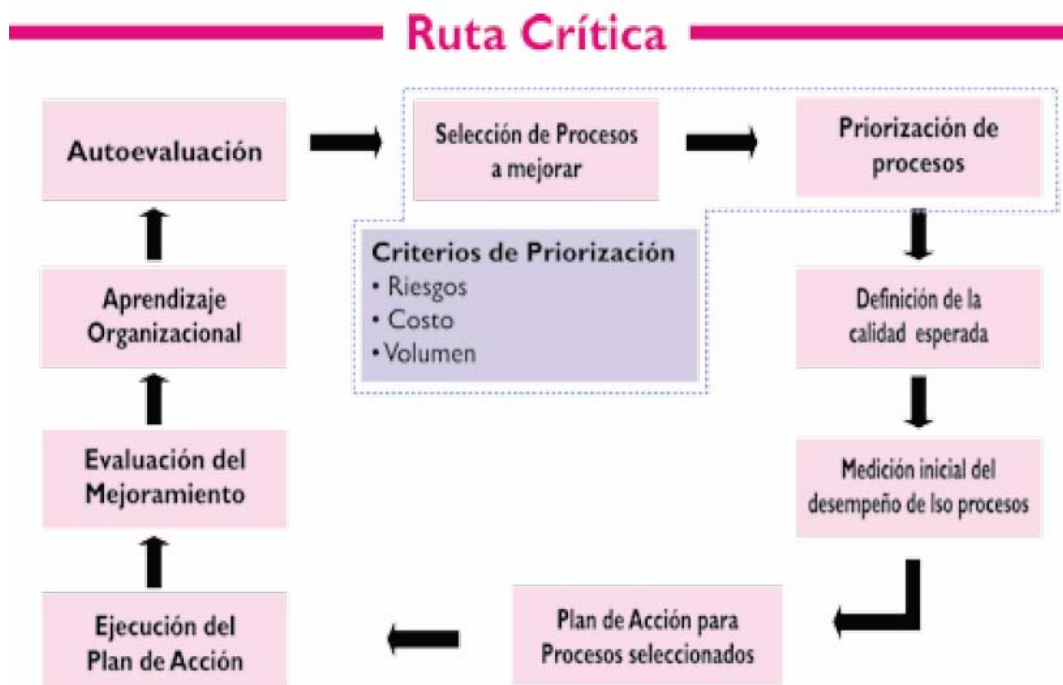


Tabla 1. Criterios de Priorización de Estándares:

RIESGO	CALIFICACIÓN
No presenta NINGUN RIESGO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución	1
Representa un IMPACTO MINIMO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución	4
Representa un IMPACTO MODERADO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o para el logro de los objetivos de la institución	7
Representa un ALTO IMPACTO para los pacientes, familiares, trabajadores, entorno o en el logro de los objetivos de la institución	10

COSTO	CALIFICACIÓN
No invertir en la solución generara bajos costos de No Calidad (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc.), para la institución	1
No invertir en la solución generara medianos No Calidad (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc.), para la institución	3
No invertir en la solución generara altos costos de No Calidad (demandas, quejas, reprocesos, sobrecostos, sanciones, etc.), para la institución	5

VOLUMEN	CALIFICACIÓN
Menos del 2% de los clientes internos o externos que se benefician de la mejora.	1
Las personas beneficiadas por la mejora no superan el 20 % de los clientes internos, con baja cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	4
Las personas beneficiadas por la mejora pueden estar entre el 30% y el 60% de los clientes internos, con mediana cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	7
Las personas beneficiadas por la mejora ascienden a más del 70% de los clientes internos, con amplia cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	10

Multiplicando entre si el valor de cada criterio, se obtuvo un resultado semaforizado que permitió identificar las oportunidades de mejora a implementar en los planes de mejoramiento. (Ver Anexo 2. Priorización de Oportunidades de Mejora por Familia de Estándares).

CONCEPTO	SEMAFORIZACIÓN	INTERVALO
NO PRIORITARIO PARA MEJORAR		Menor o igual a 166
MEDIANAMENTE PRIORITARIO PARA MEJORAR		ENTRE 167 Y 334
MUY PRIORITARIO PARA MEJORAR		Mayor a 335

### 5.3 ETAPA 3. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Planificar la calidad deseada o esperada, implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano), que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quienes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y traducir esas necesidades en especificaciones de servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada.

Para la presente aplicación del PAMEC, la calidad esperada es la definida por los estándares de acreditación correspondientes a los procesos priorizados.

Dentro de la etapa de cuantificación de la brecha existente entre la calidad esperada y la observada, se tomara como base los resultados de los indicadores existentes en el Tablero de Control, estableciendo la necesidad de realizar la medición de las líneas bases de los Indicadores de impacto que acompañaran la medición de los procesos, a fin de lograr el seguimiento y medición de los mismos, frente al avance en la implementación de las acciones definidas para alcanzar los estándares de acreditación.

Teniendo en cuenta que el objetivo, es la preparación del Hospital para obtener los estándares de acreditación y haciendo uso del principio de gradualidad, se espera lograr cumplimiento de los estándares de acreditación con una calificación mínima de 2 para la vigencia 2009, teniendo en cuenta que se parte con una calificación promedio de 1.49 según autoevaluación estándares de mayo de 2009 para los estándares.

#### 5.4 ETAPA 4. MEDICION INICIAL

Con los insumos anteriores, los Auditores Internos de Calidad, así como los Jefes de Área, Coordinadores o Referentes de Servicios que desempeñen el rol de Líder de Proceso, realizarán la medición inicial del desempeño de los mismos, en el sentido de determinar el nivel de conformidad actual del proceso con los estándares o metas pre-establecidos y determinar las posibles brechas de desempeño u oportunidades de mejoramiento y el consecuente plan de mejora que les permita adoptar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

Como herramientas para la evaluación y medición inicial del desempeño de los procesos priorizados, el Hospital., utilizará las siguientes herramientas: Auditoría Interna, la Medición del Desempeño de los Procesos, los resultados de la Autoevaluación de la Acreditación.

- **Auditoría Interna:** Entendida como una herramienta estandarizada de evaluación-monitorización sistemática y permanente, cuyo propósito fundamental es contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la calidad de la atención en salud.

La evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicándose con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión y llevarse a cabo con una periodicidad establecida, conforme con el Programa de Auditoría del Hospital.

En este sentido, entenderemos la auditoría como una función de toda la organización que debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y la reducción de los riesgos en el proceso asistencial, optimizando los recursos disponibles.

Para la ejecución de la Auditoria Interna en el Hospital, es necesario cumplir las siguientes condiciones:

- El grupo de Auditores Internos debe ser conformado por colaboradores calificados pertenecientes al área de Gestión Pública y Calidad.
- Todo ejercicio de auditoria debe realizarse en cumplimiento de la Guía de auditoria; teniendo en cuenta los dos niveles de operación de la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud pertinente para el Hospital: el Autocontrol y la Auditoria Interna.

■ **Medición de los Procesos:** Este mecanismo está relacionado con la consolidación y verificación de los resultados de los indicadores de los procesos, articulados directamente con a través del Tablero de Control y los POAs institucionales.

La medición y análisis de los indicadores es realizada directamente por los Jefes de Área, Coordinadores o Referentes de Servicio que se desempeñan como Líderes de Proceso y por su equipo de apoyo.

Para su ejecución, se requieren, las siguientes condiciones:

- Contar con la información relacionada con la prestación de los servicios a cargo, a través de los indicadores y fichas de análisis establecidas para evaluar los resultados del Hospital.
- En caso de no contar con indicadores formalmente establecidos, se debe contar con los registros y papeles de trabajo correspondientes a la ejecución en las actividades a evaluar.

- La medición y análisis de los indicadores será realizada directamente por los Jefes de Área, Coordinadores o Referentes de Servicio que se desempeñan como Líderes de Proceso y por su equipo de apoyo, con la frecuencia establecida en los tableros de control por proceso.

■ **Resultados de la Autoevaluación:** Este mecanismo se refiere al seguimiento realizado a la calificación obtenida en el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación, a la cual se le realizara monitoreo, mediante la ejecución de un nuevo ejercicio de autoevaluación planificado para el primer trimestre del año 2010.

Teniendo en cuenta el tipo de información requerida para realizar la construcción de las líneas bases faltantes de los procesos a mejorar, el líder de proceso, con su equipo de trabajo y la asistencia técnica de la Oficina de USME, determinaran el mecanismo más adecuado para realizar la medición solicitada (auditoría interna o medición del desempeño de los procesos) y de este modo asegurar la construcción de una línea base confiable que sirva como parámetro para evaluar la mejora.

## 5.5 ETAPA 5. FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan de Mejoramiento de Calidad permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de las oportunidades identificadas en la autoevaluación y en la medición inicial del desempeño de los procesos, (resultados de los indicadores).

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares.

Siguiendo la ruta de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en los procesos auditados y con la aplicación de las herramientas estadísticas básicas, se establecen las acciones de mejora a emprender, identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las fechas previstas para el desarrollo de la acción, de acuerdo los criterios del formato establecido, el cual

fue alienado con la metodología del Ministerio de la Protección Social y contiene la siguiente información:

- **Estándar/ Calidad Esperada:** Corresponde al estándar que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.
- **Oportunidad de Mejora:** Corresponde la oportunidad de mejora que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.
- **Priorización:** Resultado del análisis de priorización según la calificación de los criterios de riesgo, costo y volumen.
- **Acciones de Mejoramiento:** Define las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora teniendo en cuenta que esta es una tarea puntual, muy operativa que indica el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.
- **Barreras de Mejoramiento:** Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Son factores que se deben prever y controlar para que el plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.
- **Proceso Responsable:** Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.
- **Persona Responsable:** Cargo y nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.
- **Cronograma:** Indica cuando se planea realizar la oportunidad de mejora. Para la vigencia actual este periodo está comprendido entre agosto de 2009 a agosto de 2010.

- **Recursos:** Valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía planeados.
- **Seguimiento(s):** Indica el responsable y las fechas en las cuales se realizara seguimiento a la implementación del Plan.
- **Indicadores de mejoramiento :** Los indicadores que se emplearan para evaluar el impacto del plan de mejoramiento se deben alinear con los atributos de calidad que en conjunto se impactarán positivamente: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

Los insumos básicos para realizar la formulación del Plan de Mejoramiento son:

- Las oportunidades de mejora priorizadas de la autoevaluación de estándares de acreditación.
- El análisis de los hallazgos de No Conformidad, producto de las auditorias realizadas para medir el desempeño inicial de los procesos y las realizadas para evaluar la prestación de los servicios.
- El resultado del análisis de los indicadores, relacionados con los procesos prioritarios a mejorar, especialmente aquello que presentan brechas importantes frente a la obtención de resultados de calidad.

Tomando como base estas tres fuentes, se realizar un análisis previo para la formulación del Plan de Mejoramiento. El análisis requerido debe realizase básicamente en tres fases:

- Definición concreta de la dimensión del problema.

- Observación y documentación del problema, teniendo en cuenta las perspectivas de los diferentes grupos de interés involucrados (usuarios, dueños o líderes de procesos, clientes de los procesos, etc.)

En su formulación los Planes de Mejoramiento deben ser concertados con el personal que participa y/o es responsable de los procesos intervenidos, hasta que todas las metas sean acordadas y todos los actores comprometidos. Su formulación se realizara durante los meses de Junio y Julio de 2009.

Como herramientas a utilizar para la identificación de causas raíz de las No Conformidades se cuenta con un formato institucional de Plan de Mejoramiento con análisis de causa que incorpora la lluvia de ideas, los tres por ques, y la asociación del análisis causa efecto, cuya construcción será realizada mediante la asistencia técnica de la Oficina de Calidad.

Sin embargo para la presente vigencia se decide no realizar análisis de causa a las oportunidades de mejora pues el Hospital se encuentra en una etapa temprana de desarrollo y apropiación de esta metodología, la cual fue aprobada mediante el formato USME-CA-FT-300 del 8 de Junio de 2009.

Una vez implementado el ciclo de mejora para la presente vigencia (agosto 2009- agosto 2010) se realizara a aplicación del análisis de causas en la formulación de los planes que serán empleados para el ciclo previa a la solicitud formal de la auditoria de acreditación.

## **5.6 ETAPA 6. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Las acciones de mejoramiento, enfocadas al cumplimiento del Plan de Mejoramiento constituyen el compromiso a seguir por parte de los responsables y el equipo de trabajo de los procesos relacionados, frente a las actividades definidas de acuerdo con el Plan de Mejoramiento.

En el desarrollo de las actividades propuestas, cada Jefe de Área, Coordinador o Referente de Servicio que se desempeñe como Líder de Proceso debe gestionar la implementación de las actividades y tareas propuestas en el Plan, promoviendo la participación del equipo de trabajo a cargo.

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos, el equipo de trabajo, tanto asistencial como administrativo debe generar y mantener una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

La vigencia para la ejecución de los Planes de Acción se establece entre agosto de 2009 y agosto de 2010.

## 5.7 ETAPA VII. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Para evaluar el mejoramiento continuo en el Hospital de Usme se tendrán en cuenta tres (3) niveles de control, determinados así:

- **Autocontrol:** Realizado por parte del Líder de Proceso y su equipo de trabajo.

Este nivel logra su operatividad a través del autocontrol y la disciplina ejercida por cada equipo de trabajo, a fin de lograr la ejecución de las actividades pactadas en el Plan de Mejoramiento a cargo, así como la ejecución de los controles y seguimientos establecidos para asegurar el desarrollo de las acciones y reducir los riesgos identificados, con la optimización de los recursos disponibles.

- **Control de Eficacia y Adecuación:** Realizado por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y la Oficina de Calidad con su equipo de auditoría, mediante el seguimiento a la implementación de los Planes de Mejoramiento y la auditoría interna.

- **Control de Efectividad:** Realizado por parte de la Oficina de Planeación con base en el resultado de los Indicadores de monitoreo propuestos para cada Plan de Mejoramiento, los cuales se encuentran articulados con los atributos de calidad del Sistema Único de Acreditación, Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

Para que los planes se cumplan y se llegue a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR y hacer seguimiento permanente.

Si del seguimiento se producen hallazgos negativos tales como No Conformidades de calidad o incumplimiento de metas o estándares, se procede a implementar de acciones correctivas en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifican las causas y se buscan las soluciones oportunas. Esta actividad estará a cargo de los líderes de proceso y su equipo de trabajo a través del autocontrol. Como apoyo, el equipo de auditoria de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol y la Oficina de Calidad participara en el proceso de verificación a través de la ejecución de las auditorias e inspecciones programadas.

Todas las acciones serán monitoreadas por la alta dirección, quien a través de los Comités de Calidad y Control Interno, conocerán el avance y estado de la implementación, participando activamente en la asignación de los recursos y las herramientas requeridas para lograr el cumplimiento de las metas establecidas, bajo parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad.

Si por el contrario del seguimiento y la verificación surge el cumplimiento de los requisitos de calidad, los líderes de proceso iniciaran de inmediato las acciones de la siguiente y última etapa de la Ruta Crítica, de la implementación del PAMEC (Aprendizaje Organizacional, ver numeral 4).

## BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1445 de 2006, por la cual se establecen el Sistema Único de Acreditación
- Guía Básica para la acreditación en salud. Icontec. 2008.
- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Editorial nuevas ediciones Ltda. 2007
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007
- Guía del Ministerio de la protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud 2008.
- Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

ELABORO	REVISO	APROBO
<b>Nombre:</b> Equipo Auditor OGPA Equipo de Trabajo Oficina Usme	<b>Nombre: :</b> Comité de Control Interno y Calidad	<b>Nombre:</b> Liliana Patricia Paternina Sandra Patricia Benavidez
<b>Cargo:</b> Profesionales Oficina Usme	<b>Cargo:</b>	<b>Cargo:</b> Gerente Subgerente de Gestión de Servicios en Salud
<b>Fecha:</b> 16 de Junio de 2009	<b>Fecha:</b> 30 de Junio de 2009	<b>Fecha:</b> 30 de Junio de 2009
Firma	Acta de comité No 03 Firma	Firma