

## **ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

### **PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC INFOME SEGUIMIENTO PAMEC CORTE A 30 DE JUNIO DE 2018**



*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

**JULIO 2018**

## 1. INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que dentro del Plan de desarrollo 2016-2020, se estableció como meta la obtención de la certificación en Acreditación en Salud, en busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2018 con enfoque de acreditación, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2018, donde se presenta un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

## 2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se han venido reuniendo para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC 2018 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento, realizando seguimiento al cumplimiento de éstas, por parte de la oficina de calidad trimestralmente.

## 3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2018

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 39 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2018.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	4	7	1
Direccionamiento	6	76 -82	2
Gerencia	6	91-93	2
Talento humano	6	106-115	2
Ambiente físico	6	121-123	2
Gestión de la tecnología	4	132	1
Gerencia de la información	3	121-123	2
Mejoramiento de la calidad	4	156	1
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>		<b>13</b>

## 4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2018

Se realizó seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación, teniendo en cuenta el cronograma establecido en PAMEC 2018 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá y al formato de seguimiento establecido en la institución, donde se observa que de las 39 acciones de mejora establecidas, doce (12) se culminaron satisfactoriamente diecisiete (17) se encuentran en desarrollo, cero (0) atrasadas y diez (10) sin iniciar.

En la siguiente tabla se muestra, a corte 30 de Junio de 2018, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

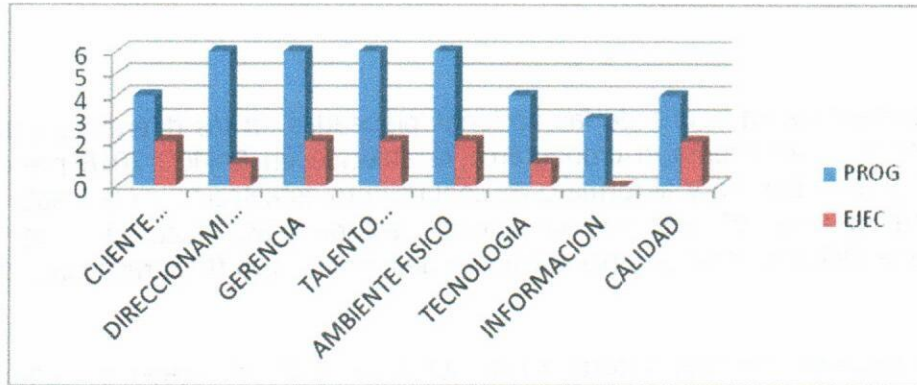
### INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC

NOMBRE DE LA ENTIDAD		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA						CODIGO/HABILITACIÓN		250720387						
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REPORTE		ANGÉLICA MARIA ROJAS QUINTERO						VIGENCIA		2018						
								TIPO DE INFORME		SEGUIMIENTO ANUAL						
INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO - PAMEC											FECHA DE CORTE:		30 DE JUNIO			
ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD/SEDES EN RED	
	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%
ESTRATEGIA DE LA AGENCIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	2	50%	1	17%	2	33%	2	33%	2	33%	1	25%	0	0%	2	50%
COMPLETO	2	50%	1	17%	2	33%	2	33%	2	33%	1	25%	0	0%	2	50%
EN DESARROLLO	1	25%	5	83%	2	33%	2	33%	3	50%	1	25%	2	67%	1	25%
ATRASADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
NO INICIADO	1	25%	0	0%	2	33%	2	33%	1	17%	2	50%	1	33%	1	25%
PORCENTAJE DE EJECUCION	50%		17%		33%		33%		33%		25%		0%		50%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017 POR GRUPO DE ESTANDARES	4		6		6		6		6		4		3		4	

I SEMESTRE 2018	ACC. PROG	ACC. EJEC	PORCENTAJE
	12	12	100%
TOTAL	ACC. PROG	ACC. EJEC	PORCENTAJE
	39	12	31%

Fuente: Oficina de calidad

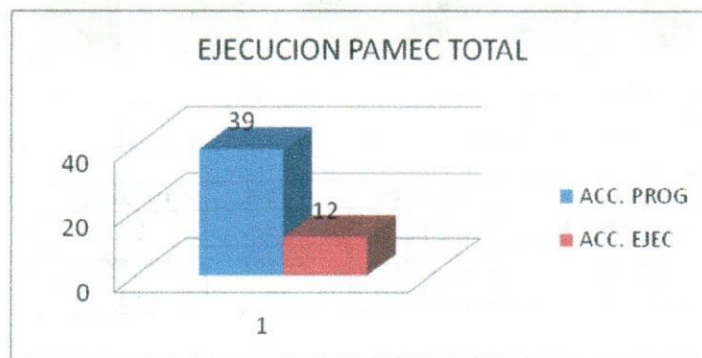
## GRAFICA AVANCE EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO-PAMEC:



Fuente: Oficina de calidad

A la fecha se presenta un cumplimiento general de PAMEC del 31%, teniendo en cuenta que existen varias actividades que culminan su ejecución finalizando año, por lo que se debe continuar con el seguimiento continuo garantizando la culminación satisfactoria de todas las acciones de mejoramiento propuestas para el año 2018.

El porcentaje de cumplimiento para el II trimestre es del 100% de acuerdo a las actividades programadas a ejecutar dentro del periodo correspondiente.



Fuente: Oficina de calidad

## 5. SEGUIMIENTO PAMEC 2018 POR GRUPO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Se realiza seguimiento por parte de la oficina de calidad como autocontrol del cumplimiento de las actividades programadas, se anexa la matriz de seguimiento de los siguientes grupos:

- Grupo de estándares cliente asistencial
- Grupo de estándares Direccionamiento
- Grupo de estándares Gerencia
- Grupo de estándares Gerencia del Talento Humano
- Grupo de estándares Gerencia del Ambiente Físico
- Grupo de estándares de Gestión de la Tecnología
- Grupo de estándares de Gerencia de la Información
- Grupo de estándares de Mejoramiento de la calidad

Cordialmente,



**LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ**  
Gerente



Revisó: Dr. HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO  
Asesor de Desarrollo de Servicios



Proyectó: ANGÉLICA MARIA ROJAS QUINTERO  
Líder Habilitación



UNIVERSITY OF CALIFORNIA  
LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY  
100 SHREVE DRIVE  
LOS ANGELES, CALIFORNIA 90024

DATE: \_\_\_\_\_

NO. \_\_\_\_\_

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

