

**ANALIS DE PROGRANA DE AUDITORIA PARE EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDA DE LA ATENCION EN SALUD Y SITEMA DE INFORMACION (PAMEC). PRIMER TRIMESTRE DEL 2020 , HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCESO AUDITADO       | PAMEC : Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Es el mecanismo sistemático, y continuo de la evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios                             |
| AUDITORES              | María Eufracia Sandoval Pino, Edna Mercedes López Molina                                                                                                                                                                                                                                   |
| OBJETO                 | Realizar evaluación del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información de la calidad                                                                                                                                         |
| ALCANCE                | Revisar la información entregada por el área de calidad de lo realizado en PAMEC                                                                                                                                                                                                           |
| MARCO LEGAL            | Ley 100 articulo 48 y 49, 227, Decreto 1011 del 2006, resoluciones 1043 del 2006, resolución 1045 del 2006 y 1446 del 2006, circular 030 de 2006, Ley 872 2003, decreto 1599 del 2005, circular conjunta 018 de 2006, resolución 2680de 2007, circular 012 del 2016, Decreto 780 del 2016, |
| FECHA DE AUDITORIA     | Inicio: 20 de abril del 2020.<br>Finaliza el 21 de abril del 2020                                                                                                                                                                                                                          |
| METODOLOGIA            | Revisan y análisis de la información administrada por el área de calidad                                                                                                                                                                                                                   |
| CRITERIOS DE AUDITORIA | Verificar el cumplimiento del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información de la calidad                                                                                                                                   |

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como "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; *para el Mejoramiento de la Calidad.*".

El PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
|  <b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO<br/>SAN JOSÉ</b><br><small>UNIVERSIDAD DE CALDAS</small><br><i>"Juntos mejoramos tu salud"</i><br>NIT 891.580.002-5 | <b>Oficina de Asesora de Control Interno</b> | FO-ARH-01     |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                              | Versión: 03   |
|                                                                                                                                                                                                                                    |                                              | Página 1 de 1 |

Análisis por grupo estándar:

| ANÁLISIS GRUPO ESTÁNDAR ASINTENCIAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASINTENCIAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN PRIMER TRIMESTRE DEL 2020                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acciones de mejoramiento                                                                                                                                                                                                          | evidencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Diseñar el programa educativo de la institución donde se incluyan los subprogramas de educación intrahospitalaria, educación como prestador complementario en las RIAS priorizadas por la institución y programa Joselin te cuida | Se creo el <b>PROGRAMA DE EDUCACION HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ</b><br><br><b>Con el LLEMA: " JOSELIN TE ENSEÑA A TI, EL USUARIO Y SU FAMILIA</b>                                                                                                                                                                                                 |
| Incluir en el programa educativo institucional para pacientes y familiares el mecanismo documentado que incluya técnicas e instrucciones para la prevención de infecciones y técnicas de aislamiento                              | Se creo el <b>PROGRAMA DE EDUCACION HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ</b><br><br><b>Con el LLEMA: " JOSELIN TE ENSEÑA A TI, EL USUARIO Y SU FAMILIA</b>                                                                                                                                                                                                 |
| Realizar la estandarización de la información a entregar en el ingreso del paciente (manual de acogida)                                                                                                                           | Procedimiento de Acogida de pacientes en hospitalización , que tiene como objetivo Determinar actividades y responsables de la acogida de los pacientes en cada uno de los servicios asistenciales                                                                                                                                                    |
| Documentar el procedimiento de identificación de necesidades de salud de todos los pacientes atendidos teniendo en cuenta los criterios estándar                                                                                  | <b>Procedimiento de Identificación de necesidades del paciente, que tiene como objetivo:</b> Establecer la actividad y los responsables de identificar las necesidades del paciente durante su estancia hospitalaria y establecer las estrategias para poder dar respuesta oportuna a ellas., falta su revisión y se suba a la plataforma de INTRANET |



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSE**  
ENTIDAD PÚBLICA DEL SECTOR  
SALUD  
"Juntos mejoramos tu salud"  
NIT 891.580.002-5

## Oficina de Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

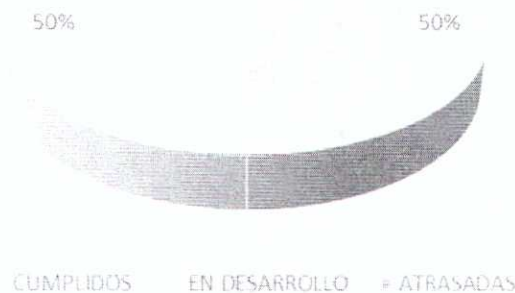
Versión: 03

Página 1 de 1

### ANALISIS GRUPO ESTANDAR DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASITENCIAL, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, PRIMER TRIMESTRE AÑO 2020

|               | Número de actividades | Porcentaje |
|---------------|-----------------------|------------|
| CUMPLIDOS     | 2                     | 50%        |
| EN DESARROLLO | 2                     | 50%        |
| ATRASADAS     | 0                     | 0%         |
| TOTAL         | 4                     | 100%       |

0%  
ANALISIS GRUPO ESTANDAR DEL PROCESO DE  
ATENCION AL CLIENTE ASITENCIAL, EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO SAN JOSE, PRIMER TRIMESTRE AÑO  
2020





**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSE**

*"Juntos mejoramos tu salud"*

NIT 891.580.002-5

## Oficina de Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

### ANALISIS GRUPO ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN PRIMER TRIMESTRE DEL 2020

| Acciones de mejoramiento                                                                                                                                                                               | evidencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diseñar plan único de mejoramiento institucional que incluye resultados de auditorias internas y externas, referenciaciones, análisis de indicadores, autoevaluación del sistema único de habilitación | <p>La coordinadora de aseguramiento de la calidad, presento un plan único de mejoramiento, donde se observa la creación de equipos de: indicadores, seguridad del paciente, humanización, apoyo a la seguridad del paciente, habilitación, apoyo a la calidad y coordinación de calidad, la integración es de lideres de calidad y coordinadores de asistenciales administrativo, estos equipos realizarán el análisis de causales y determinan las oportunidades de mejoramiento.</p> <p>Para esta evaluación se realizara la evaluación de las oportunidades, teniendo como base el alto riesgo, alto costo y alto volumen, si se tienen una evaluación igual o mayor de 75 se les realizara las acciones de mejoramiento en el ciclo PHVA, se determinara el responsable y el tiempo de ejecución, para posteriormente hacer el seguimiento al cumplimiento de las acciones y definición de cierre</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Actualizar plan institucional para la acreditación                                                                                                                                                     | <p>El para la acreditación del 2020 tiene como objetivo de la presentación del primer ciclo ante el INCOTEC, y tiene los siguientes punto:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Autoevaluación de acreditación: Los equipos de II nivel de la institución en el mes de diciembre para realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación según la resolución 5095 del 2018</li><li>2. Elaboración, ejecución y seguimiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, al cual se le realizara seguimiento trimestral y directamente con cada líder del equipo para verificar el cumplimiento, dificultades y ajustes a las actividades</li><li>3. Jornada de actualización de acreditación en salud., la cual se realizara en el mes de julio 2020 los temas serán la profundización de los conocimientos respecto a los ejes de la acreditación: responsabilidad social, gestión del riesgo, transformación cultural, humanización</li><li>4. Socialización de la políticas: esta actividad será realizara en el mes de abril, agosto y diciembre</li><li>5. Evaluación de políticas, de realizara en el mes de mayo, septiembre y diciembre</li><li>6. La semana de la humanización, la cual se realizará en el mes de agosto del 2020</li><li>7. Contratación de asesor externo, teniendo como</li></ol> |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
|  <p><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO<br/>SAN JOSÉ</b><br/><small>UNIVERSIDAD DE SAN JOSÉ, COSTA RICA</small><br/>"Juntos mejoramos tu salud"<br/>NIT 891.580.002-5</p> | <b>Oficina de Asesora de Control Interno</b> | FO-ARH-01     |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              | Versión: 03   |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              | Página 1 de 1 |

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                       | <p>base el resultado del diagnóstico de acreditación realizado en el año 2019, es necesario evaluar la posibilidad de contratar un asesor o grupo de consultoría que guíe las actividades realizadas en la institución para alcanzar el objetivo de la acreditación en salud, esta actividad depende de la gerencia y la junta directiva</p> <p>8. Simulacro de acreditación: esta actividad está supeditada a la contratación del asesor externo</p> <p>9. Auditorías internas: se evalúa el cumplimiento de los estándares de acreditación, se realizarán en el mes de febrero y el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora para el mes de noviembre del 2020</p> <p>10. Estrategia 7 para la acreditación: donde se realizará preguntas específicas sobre un eje de la acreditación a los colaboradores, son auditorías cortas máximo de 7 minutos y se realizará tres veces la semana, se iniciará en el mes de junio y de manera continua</p> <p>11. Diseño de los programas de acreditación, con los cuales se elabora, implementa y se establece los mecanismos de seguimiento a los programas de los ejes de acreditación con el fin de establecer el monitoreo de las actividades y el cumplimiento de los ejes de la institución esta actividad está programada para el mes de junio a diciembre</p> <p>12. Elaboración del plan único de mejoramiento. Actividad programada para el mes de febrero del 2020</p> <p>13. Seguimiento al plan único de mejoramiento: se realizará en el mes de abril, julio, octubre y diciembre el 2020</p> <p>14. Programa de entrenamiento en acreditación para los equipos de mejoramiento: se planea gestionar el entrenamiento de acreditación desde el mes de julio hasta el mes de octubre</p> |
| Establecer mecanismos de información y despliegue de los lineamientos por servicio e incluir al equipo administrativo | El programa de humanización del 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ajuste al programa de humanización incluye al cliente interno                                                         | <p>En el programa de humanización del 2020 se identificaron 6 riesgos en los cuales se realizaron acciones para la mitigación de estos y se contemplan actividades para el mejoramiento de la atención en salud tanto de los pacientes como de los colaboradores.</p> <p>1. Falta de sensibilización del personal en la atención al paciente.</p> <p>2. Falta de estructuras confortables para la</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                             |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             | atención.                                                             |
|                                                                                                                             | 3. Falta de información al paciente y su familia.                     |
|                                                                                                                             | 4. Vulneración: plan de mejoramiento de los derechos de los pacientes |
|                                                                                                                             | 5. Falta de apoyo emocional al paciente y su familia.                 |
|                                                                                                                             | 6. Falta de atención oportuna en el dolor                             |
| Desplegar la cultura institucional: No fue posible realizar la estrategia de despliegue debido a la emergencia del COVID 19 |                                                                       |

| ANÁLISIS GRUPO ESTÁNDAR DIRECCIONAMIENTO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN, PRIMER TRIMESTRE DEL 2020 |                       |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
|                                                                                                                | Número de actividades | Porcentaje |
| CUMPLIDOS                                                                                                      | 4                     | 80%        |
| EN DESARROLLO                                                                                                  | 0                     | 0%         |
| ATRASADAS                                                                                                      | 1                     | 20%        |
| TOTAL                                                                                                          | 5                     | 100%       |

ANALISIS GRUPO ESTANDAR DIRECCIONAMIENTO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN,  
PRIMER TRIMESTRE DEL 2020



| ANALISIS GRUPO ESTANDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN PRIMER TRIMESTRE DEL 2020 |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Acciones de mejoramiento                                                                                                    | evidencia                  |
| Documentar el plan de mejoramiento único de la institucional, incluyendo el seguimiento a los resultados del mejoramiento   | Plan único de mejoramiento |

| ANALISIS GRUPO ESTANDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2020 |                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
|                                                                                                                                 | Número de actividades | Porcentaje |
| CUMPLIDOS                                                                                                                       | 1                     | 100%       |
| EN DESARROLLO                                                                                                                   | 0                     | 0%         |
| ATRASADAS                                                                                                                       | 0                     | 0          |
| TOTAL                                                                                                                           | 1                     | 100%       |



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSE**

CENTRO DE SALUD DEL PUEBLO  
DE POPAYÁN  
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

## Oficina de Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

### ANÁLISIS GRUPO ESTÁNDAR MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN AÑO DEL 2019



Se analiza:

1. De 10 actividades programadas para desarrollar en el primer trimestre de 2020, se cumplieron 7 actividades que equivale a un 70%, en desarrollo 1, que equivale el 10% y atrasadas 1 que equivale a un 10%, no se pudo evaluar los estándares de Gerencia de ambiente físico, Gerencia de Información y Tecnología, ya que están en el momento en revisión por parte de los coordinadores.

| PAMEC, PRIMER TRIMESTRE 2020                    | Año 2020                                        |                                                    |                                                  |                                              |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                 | Actividades planeadas para el I, trimestre 2020 | Actividades cumplidas, en el primer trimestre 2020 | Actividades en desarrollo, primer trimestre 2020 | Actividades atrasadas, primer trimestre 2020 | % de cumplimiento, primer trimestre 2020 |
| El grupo estándar cliente asistencial           | 4                                               | 2                                                  | 2                                                | 0                                            | 50                                       |
| El grupo estándar direccionamiento              | 5                                               | 4                                                  | 0                                                | 1                                            | 80                                       |
| Gerencia                                        | 0                                               | 0                                                  | 0                                                | 0                                            | 0                                        |
| El grupo estándar de mejoramiento de la calidad | 1                                               | 1                                                  | 0                                                | 0                                            | 100                                      |

|                             |                                                   |   |   |   |    |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|---|---|---|----|
|                             | 0                                                 | 0 | 0 | 0 | 0  |
| Gerencia del talento humano |                                                   |   |   |   |    |
| Gerencia de ambiente físico | El programa de auditoria es está en fase revisión |   |   |   |    |
| Gerencia de Información     | El programa de auditoria es está en fase revisión |   |   |   |    |
| Tecnología                  | El programa de auditoria es está en fase revisión |   |   |   |    |
| Total                       | 10                                                | 7 | 2 | 1 | 70 |

ANALIS DE PAMEC. PRIMER TRIMESTRE DEL 2020.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN ESE



- El grupo estándar asistencial cumplió con el 50%, por esta razón se tiene que realizar plan de mejora para cumplir con la meta, establecida.
- De los 8 grupos estándar de PAMEC, 5 están revisados y firmados que equivalen a un 62.5%.
- Se observa que el plan único de mejoramiento la interrelación de los coordinadores asistenciales y administrativos, lo que permite: formular, adoptar, dirigir, coordinar ejecutar y evaluar los planes de mejoramiento para el cumplimiento del PAMEC y así lograr los resultados en la atención en salud centrados en el usuario y su familia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  <p><b>HOSPITAL<br/>UNIVERSITARIO<br/>SAN JOSÉ</b></p> <p><small>ENTIDAD PÚBLICA DEL GOBIERNO<br/>DE COSTA RICA</small></p> <p><i>"Juntos mejoramos tu salud"</i></p> <p>NIT 891.580.002-5</p> | <p align="center"><b>Oficina de Asesora de Control Interno</b></p> | <p align="center">FO-ARH-01</p>     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    | <p align="center">Versión: 03</p>   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    | <p align="center">Página 1 de 1</p> |

Se sugiere:

Realizar seguimiento de las acciones de mejora que se implementaron en este año, para asegurar su continuidad

Que los coordinadores revisen los planes de los estándares de Gerencia de ambiente físico, Gerencia de Información y Tecnología, y si hay necesidad de hacer ajustes realizarlos y firmarlos

Esta información se obtuvo de la subida a la carpeta compartida de calidad

Presentada por:

Maria Eufracia Sandoval Pino  
 MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO.  
 Profesional de enfermería apoyo.  
 Oficina Asesora de control interno

Presentado a:

Edna Mercedes López Molina  
 EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA.  
 Jefe de Oficina Asesora de control interno