MANUAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC)

ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA

NIT: 890981137-8

TURBO

2020 – 2023

Contenido

INTRODUCCIÓN 4
1. JUSTIFICACION 5
2. ALCANCE 6
3. MARCO INSTITUCIONAL 7
3.1 Reseña histórica 7
3.2 Misión 9
3.3 Visión 9
3.4 Valores corporativos 9
3.5 Política De Calidad 10
3.6 Nuestros servicios 11
3.7 Estructura Administrativa 21
3.8 Mapa de procesos 22
4. MARCO LEGAL 23
5. MARCO TEORICO 25
6. OBJETIVOS 38
6.1 Objetivo general 38
6.2 Objetivos específicos 38
7. METODOLOGÍA 39
7.1 ACTIVIDADES PREVIAS 39
7.1.1 Sensibilización: 39
7.1.2 Capacitación: 39
7.1.3 Conformación equipos de trabajos: 40
Formato 1. Equipos para el desarrollo de la ruta crítica PAMEC 40
7.1.4 Diseñar formatos: 41
7.1.5 Preparar logística: 41
7.1.6 Cronograma implementación ruta crítica: 41
Formato 2. Cronograma de actividades – ruta crítica 41
7.1.7 Metodología: 42
7.1.8 Acta de nombramiento: 42
7.2 RUTA CRÍTICA 42
7.2.1 Desarrollo de la autoevaluación: 43

Formato 3. Autoevaluación cualitativa: 44
Formato 4. Evaluación Cuantitativa. 45
Formato 4.1 Hoja Radar para Calificar Estándares 45
7.2.2 Selección de estándares con oportunidades de mejora: 47
Formato 5. Selección de Procesos. 47
7.2.3 Priorización de estándares: 47
Formato 6. Matriz de Priorización de Estándares 48
Formato 6.1 Criterios de Priorización 49
7.2.4 Definición de calidad esperada 49
Formato 7. Calidad Esperada de Estándares Priorizados 50
Formato 8. Ficha técnica para construcción de indicadores: 50
7.2.5 Medición inicial del desempeño de las prácticas priorizadas 51
Formato 9. Medición Inicial 52
7.2.8. Plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas: 52
Formato 10. Plan de Mejoramiento 53
7.2.9. Ejecución del plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas: 53
7.2.10. Evaluación del mejoramiento de las prácticas intervenidas: 54
Formato 11. Seguimiento Plan de Mejoramiento 55
7.2.11 Aprendizaje organizacional 55
Formato 12. Aprendizaje organizacional del mejoramiento 57
7.3 AUDITORIAS 57
7.3.1. Autocontrol: 57
7.3.2. Auditoria interna. 58
8. PLAN DE CONTINGENCIA 60
9. REPORTE DE INDICADORES 60
10. BIBLIOGRAFIA 65

INTRODUCCIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Valderrama de Turbo, el desarrollo del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención es salud, es fundamental para alcanzar altos estándares de calidad que permiten la sostenibilidad, competitividad y evolución en el entorno.

Según el decreto 1011 del 2006, el cual determina la normatividad que rige el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), en su artículo 4° plasma cada uno de sus componentes en donde encontramos como uno de estos la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC), lo cual nos ofrece un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, con respecto a la calidad esperada de la atención en salud.

La resolución 2181 de 2008 en su artículo 2, literal 2, establece para la Empresas Sociales del Estado, implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. Con la norma citada se modifica el carácter voluntario de la acreditación y se obliga a las Empresas Sociales del Estado a desarrollar el primer paso de la ruta crítica para esta, consistente en la autoevaluación y el mejoramiento.

El programa de auditoria para el mejoramiento de la atención de la calidad en salud deberá ser programada y socializada en la ESE Hospital Francisco Valderrama, orientada a estándares de acreditación del Manual Hospitalario y Ambulatorio establecido por la Resolución 5095 de 2018 y/o estándares de calidad superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

La Auditoría como componente del SOGCS es una herramienta diseñada para el mejoramiento de la calidad adoptada por la entidad. En este contexto la auditoría se entiende como un proceso permanente de seguimiento al conjunto de procesos organizacionales y a las oportunidades de mejora definidas como prioritarias.

El mejoramiento continuo de la calidad debe llevar a la ESE Hospital Francisco Valderrama a un proceso de autocontrol interiorizado por cada uno de sus funcionarios, centrado en el cliente interno y externo, sus necesidades y expectativas; cuyo principal insumo sea la identificación permanente de los aspectos del proceso susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan superar las brechas de la no calidad.

Es por esto que la institución se compromete a diseñar, implementar, socializar y ejecutar un programa de mejoramiento de la calidad en salud que dé respuesta a las necesidades de mejora continua en calidad, con miras a obtener e implementar estándares superiores de calidad que nos lleven a convertirnos en una institución ejemplar.

1. JUSTIFICACION

En un mundo globalizado como hoy, la calidad en las empresas es fundamental y toma cada vez mayor fuerza para mantenerse competitivas y sostenibles en el tiempo. En las instituciones de servicios de salud el concepto de calidad va enfocada en la satisfacción de las necesidades del usuario, sin embargo la implementación de un sistema de calidad requiere disponer de los mejores medios, tanto infraestructura, materiales, talento humano idóneo y comprometido para alcanzar los objetivos institucionales; además implica medir resultados,

mejorar procesos y medir la satisfacciones del clientes, para identificar brechas de no calidad e implementar acciones de mejoramiento continuo en la institución.

En este orden de idea el estado colombiano en aras de asegurar una atención en salud que esté acorde a las necesidades y expectativas de los usuarios; en el decreto 780 de 2016, define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

En la ESE Hospital Francisco Valderrama la implementación del sistema obligatoria de garantía de calidad, a través de su componente de programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), busca:

- Superar brechas de no calidad
- Incrementar la competitividad
- Satisfacer las necesidades del usuario
- Fomentar la cultura del autocontrol
- Estandarizar procesos

2. ALCANCE

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad pretende realizar una priorización de los procesos tanto asistenciales, como administrativos; bajo el **enfoque de acreditación de la Resolución 5095 de 2018**, esto con el fin de identificar brechas de no calidad frente a la observación de la calidad esperada contra la calidad observada, para formular planes de acción que permitan superarlas en pro del cumplimiento de estos estándares y alcanzar niveles

superiores de calidad que se reflejaran en satisfacción para los clientes externos e internos.

3. MARCO INSTITUCIONAL

3.1 Reseña histórica

La E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA, nace como Hospital San José en el año 1936, mediante ordenanza departamental, en 1940 se construyó el primer hospital en Turbo, en inmediaciones de La Playa, se le dio el nombre de Hospital San José, este fue el primer hospital regional de Urabá, lo construyó Fray Luis de Irisar, con madera traída desde Panamá.

En el año 1945 se abre el Caño del Waffe, que conducía desde el poblado al hospital San José en la Playa, este canal facilitaba la entrada de las embarcaciones al muelle y la entrada el hospital, la resolución 180 del 23 de septiembre de 1964 emanada de la Gobernación de Antioquia le otorga personería jurídica.

El acuerdo municipal 046 del 11 de noviembre de 1994, lo transforma en Empresa Social del Estado (E.S.E) y el acuerdo 049 del 17 de julio de 1995 le da la denominación de Hospital Francisco Valderrama en honor a la persona que donó los terrenos para su construcción.

La E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA del Municipio de Turbo funciona actualmente en unas instalaciones construidas con todas las especificaciones técnicas de la arquitectura hospitalaria y se encuentra dotado con tecnología adecuada y moderna, para la disposición de la misma en la zona de Urabá, se localiza en el extremo noroeste del departamento de Antioquia, en el

denominado Urabá Antioqueño, el cual hace parte del Chocó biogeográfico, considerado en el ámbito mundial como una importante reserva eco sistémica.

Ubicado en el extremo norte del departamento, limita al norte con el mar Caribe y el municipio de Necoclí; al oriente, con los municipios de San Pedro de Urabá y Apartadó y con el departamento de Córdoba; al sur, con los municipios de Carepa, Chigorodó y Mutatá y al occidente, con el departamento del Chocó. Tiene una extensión de 3.090 km2 (DNP et al., 2006). Es el municipio con mayor representatividad en área en la zona costera y es centro de comercio y transporte para toda la región del golfo. Lo conforman, además de la cabecera municipal, 18 corregimientos y 225 veredas, de las cuales 40 se ubican sobre la zona costera.

Una de las particularidades de la E.S.E Hospital Francisco Valderrama es la extensa área geográfica que abarca, así como el alto número de población atendida, por este motivo la institución cuenta con tres Centros de Salud Uno en San Vicente del Congo, Uno en Currulao y otro en Nueva Colonia, donde hay atención de urgencias las 24 horas del día, además de 3 centros de salud, 12 puestos salud y 3 centros de desarrollo comunitario (en el Dos, Piedrecitas, San Vicente, Pueblo Bello, Riogrande, Currulao, Punta de Piedra, Tié, Alto Mulatos, Monteverde, El Tres, La Piña, La Pola, Bocas del Atrato, Blanquiceth, Nueva Granada y dos en el casco urbano, Tablitas en el Barrio Obrero y Las Malvinas además contamos con un grupo de personas que hacen atención extramural (Brigadas de Salud, Captación de Pacientes para los diferentes programas de prevención y promoción) para bienestar y conservación de la salud de los diferentes corregimientos y veredas del municipio, lo que naturalmente eleva el costo por concepto de mano de obra pero permite la accesibilidad de los servicios de salud a la población del área de influencia.

La cabecera municipal está a 2 metros sobre el nivel del mar, la temperatura promedio es de 28°C, la distancia desde Medellín es de 373 Km. La Carretera al Mar es la principal vía de acceso al Municipio, junto al transporte aéreo desde la ciudad capital del departamento a 35 minutos en avión, llegando al Aeropuerto los Cedros ubicado en Carepa. También se puede acceder por mar o río desde los municipios Chocoanos y territorios costeros. Turbo, fue erigido municipio en el año de 1847.

La E.S.E Hospital Francisco Valderrama se ubica en la Calle 100 Nro. 24-230, al lado izquierdo de la carretera que de Turbo conduce al municipio de Apartado. Lo que le representa a la entidad un mercado potencial grande por la distancia de la población de Urabá con otra entidad pública que preste los servicios que ofrece nuestra entidad.

3.2 Misión

Somos una Empresa Social del Estado, que Presta servicios de salud de baja y mediana complejidad en la zona de Urabá, con personal idóneo, tecnología de punta, para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

3.3 Visión

En el año 2022 seremos la Empresa Social del Estado líder en Urabá, con solidez administrativa y financiera para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud y contribuir en la construcción de entornos saludables.

3.4 Valores corporativos

Los valores se conciben como las formas de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

En el desarrollo de los procesos y actuaciones se tendrán como referentes los siguientes valores institucionales, contemplados en el Código de integridad adoptado por Resolución 588 de 2018

- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **Compromiso**: Ser consciente de la importancia del rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar
- **Diligencia:** Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado
- **Justicia:** Actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

3.5 Política De Calidad

La E.S.E Hospital Francisco Valderrama de Turbo Antioquia, se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados de calidad para la comunidad, por tanto se obliga a Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, para mejorar continuamente los procesos, contando con funcionarios idóneos, participación ciudadana, ejerciendo autocontrol integral en forma efectiva.

3.6 Nuestros servicios

DISTINTIVOS DE HABILTACIÓN POR SEDE				
SEDE PRINCIPAL HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Internación	101	GENERAL ADULTOS	DHS200768	VIGENTE
Internación	102	GENERAL PEDIÁTRICA	DHS200769	VIGENTE
Internación	112	OBSTETRICIA	DHS200770	VIGENTE
Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL	DHS200771	VIGENTE
Quirúrgicos	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHS200772	VIGENTE
Quirúrgicos	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHS200773	VIGENTE
Quirúrgicos	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHS200774	VIGENTE
Quirúrgicos	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	DHS215718	VIGENTE
Consulta Externa	301	ANESTESIA	DHS200775	VIGENTE
Consulta Externa	304	CIRUGÍA GENERAL	DHS200776	VIGENTE
Consulta Externa	308	DERMATOLOGÍA	DHS259116	VIGENTE
Consulta Externa	320	GINECOBSTETRICIA	DHS200777	VIGENTE
Consulta Externa	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	DHS756693	VIGENTE
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS200778	VIGENTE
Consulta Externa	329	MEDICINA INTERNA	DHS215719	VIGENTE
Consulta Externa	332	NEUROLOGÍA	DHS756694	VIGENTE
Consulta Externa	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS200779	VIGENTE
Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS200780	VIGENTE
Consulta Externa	335	OFTALMOLOGÍA	DHS200781	VIGENTE
Consulta Externa	337	OPTOMETRÍA	DHS200782	VIGENTE
Consulta Externa	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHS200783	VIGENTE
Consulta Externa	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS215720	VIGENTE
Consulta Externa	342	PEDIATRÍA	DHS200784	VIGENTE
Consulta Externa	344	PSICOLOGÍA	DHS200785	VIGENTE
Consulta Externa	355	UROLOGÍA	DHS215721	VIGENTE
Urgencias	501	SERVICIO DE URGENCIAS	DHS200786	VIGENTE
Transporte Asistencial	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHS200787	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706	LABORATORIO CLÍNICO	DHS200788	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DHS200789	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS200790	VIGENTE

Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	DHS200791	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS200792	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	DHS259117	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	719	ULTRASONIDO	DHS200793	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	724	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS	DHS200794	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739	FISIOTERAPIA	DHS200795	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHS335507	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	744	IMÁGENES DIAGNÓSTICA-IONIZANTES (TOMOGRAFÍAS)	DHS969170	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS200796	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS200797	VIGENTE
Procesos	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS200798	VIGENTE
CENTRO DE SALUD DON BOSCO CURRULAO				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216209	VIGENTE
Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS216210	VIGENTE
Urgencias	501	SERVICIO DE URGENCIAS	DHS216211	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS259123	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	724	TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS	DHS216212	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216213	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	DHS216214	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	DHS216215	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216216	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216217	VIGENTE

Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216218	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216219	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216220	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216221	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216222	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216223	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216224	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216225	VIGENTE

CENTRO DE SALUD FELIX LONDOÑO NUEVA COLONIA

Grupo	Código	Nombre del servicio	Número Único de Distintivo de Habilitación	Estado del Distintivo de Habilitación
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216228	VIGENTE
Urgencias	501	SERVICIO DE URGENCIAS	DHS216229	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS259126	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216230	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216231	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216232	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216233	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216234	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216235	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216236	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216237	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216238	VIGENTE

PUESTO DE SALUD RIOGRANDE

Grupo	Código	Nombre del servicio	Número Único de Distintivo de Habilitación	Estado del Distintivo de Habilitación
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216244	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216245	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216246	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216247	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216248	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216249	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216250	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216251	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216252	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216253	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216254	VIGENTE
PUESTO DE SALUD BLANQUICETH				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216255	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216256	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216257	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216258	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216259	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216260	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216261	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216262	VIGENTE

Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216263	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216264	VIGENTE
PUESTO DE SALUD EL TRES				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216265	VIGENTE
Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS216266	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216267	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216268	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216269	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216270	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216271	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216272	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216273	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216274	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216275	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216276	VIGENTE
PUESTO DE SALUD ALTO DE MULATOS				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216277	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216278	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE	DHS216279	VIGENTE

		10 A 29 AÑOS)		
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216280	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216281	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216282	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216283	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216284	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216285	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216286	VIGENTE
SAN VICENTE DEL CONGO				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216414	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216415	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216416	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216417	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216418	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216419	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216420	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216421	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216422	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216423	VIGENTE

Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216424	VIGENTE
SAN JOSE DE MULATOS				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216425	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216426	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216427	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216428	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216429	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216430	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216431	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216432	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216433	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216434	VIGENTE
PUESTO DE SALUD EL DOS				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216435	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216436	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216437	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216438	VIGENTE

Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216439	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216440	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216441	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216442	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216443	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216444	VIGENTE
PUESTOD E SALUD PIEDRECITAS				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216445	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216446	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216447	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216448	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216449	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216450	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216451	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216452	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216453	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216454	VIGENTE
PUESTO DE SALUD TIE				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216458	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (	DHS216459	VIGENTE

		MENOR A 10 AÑOS)		
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216460	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216461	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216462	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216463	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216464	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216465	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216466	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216467	VIGENTE
PUEBLO BELLO				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216482	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216483	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216484	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216485	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216486	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216487	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216488	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216489	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216490	VIGENTE

Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216491	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216492	VIGENTE
PUNTA DE PIEDRA				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación**	**Estado del Distintivo de Habilitación**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216493	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216494	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216495	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216496	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216497	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216498	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216499	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216500	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216501	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216502	VIGENTE
CENTRO DE SALUD LAS TABLITAS				
Grupo	**Código**	**Nombre del servicio**	**Número Único de Distintivo de Habilitación de Servicios**	**Estado del Distintivo de Habilitación de Servicios**
Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL	DHS216522	VIGENTE
Consulta Externa	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS216523	VIGENTE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216524	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	909	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	DHS216525	VIGENTE

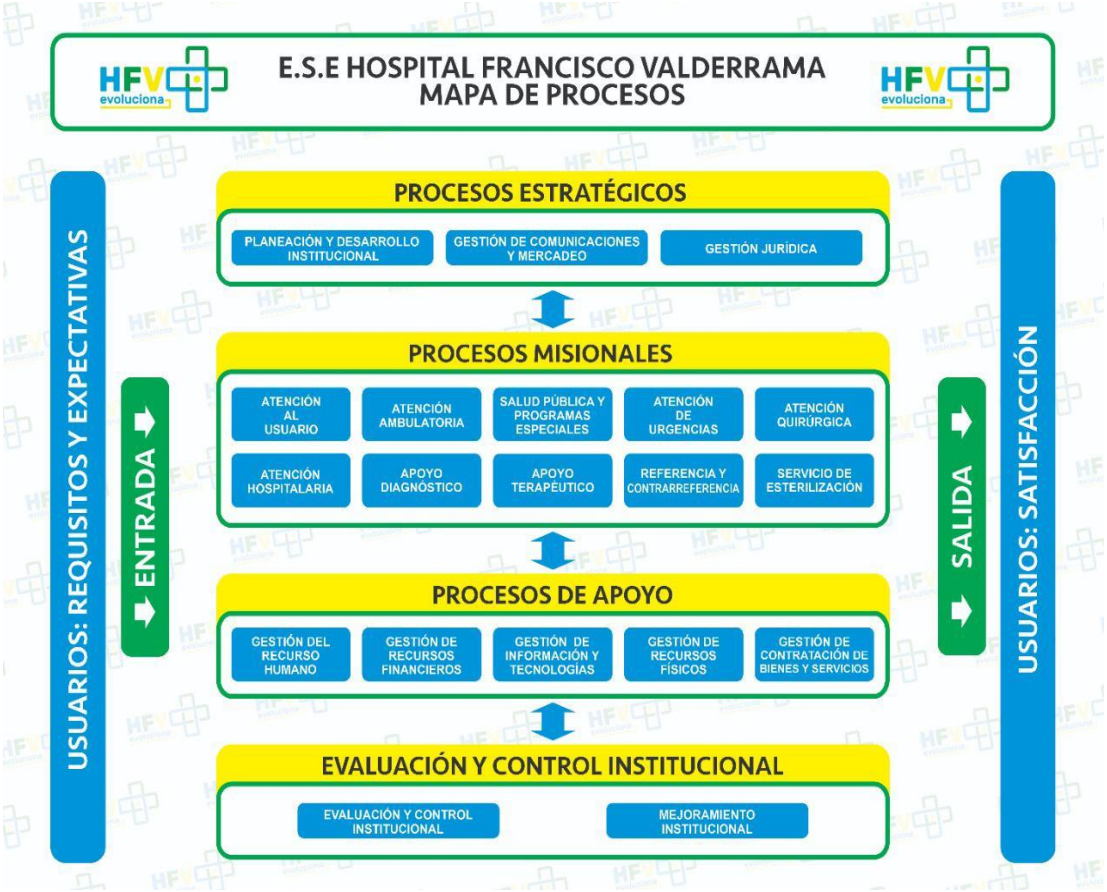
Protección Específica y Detección Temprana	910	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	DHS216526	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	911	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS216527	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	912	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	DHS216528	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	913	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS216529	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	914	DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS216530	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	915	DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS216531	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA – VACUNACIÓN	DHS216532	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS216533	VIGENTE
Protección Específica y Detección Temprana	918	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS216534	VIGENTE

3.7 Estructura Administrativa

La estructura jerárquica de la ESE Francisco Valderrama está conformada por dos subgerencias: Subgerencia Administrativa y Financiera y Subgerencia Científica, obedeciendo al Estudio de Rediseño Administrativo adoptado por Acuerdo Nro. 004 del 26 de noviembre de 2019.

3.8 Mapa de procesos

La ESE Hospital Francisco Valderrama cuenta con un Mapa de Procesos el cual interrelaciona o articula los Procesos Estratégicos con los Misionales y los de Apoyo.



4. MARCO LEGAL

Circular externa 002 de 2020, emitir instrucciones relacionadas con el reporte de la información a la superintendencia nacional de salud a todos los sujetos vigilados.

Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"

Resolución 5095 de 2018. Mediante el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1

Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015

Decreto 780 de 2016 o Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud.

Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Circula Externa 012 de 2016, (sistema de información para la calidad y PAMEC), por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 de 2006:
Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el artículo 4° define como componentes de dicho sistema los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007).

Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007).

5. MARCO TEORICO

El sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la ley 1122 de 20007 establece la prestación de servicios de calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidad para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud.

Para efectos de la aplicación del decreto 1011 de 2006 se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Atención centrada en el cliente. El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo.

Seguridad del paciente. Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Mejoramiento continúo. Comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

Para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son:

Promoción del Autocontrol: La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque Preventivo: La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y Respeto: La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la

organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

El decreto 1011 de 2006 establece como componentes del Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad en Salud los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación: la habilitación, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatorio, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin los cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del estado, específicamente de las direcciones territoriales de salud.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento los estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.

3. El Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y

evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

4. El Sistema de Información para la Calidad. permite estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, se fundamente en los siguientes conceptos:

• La auditoría tiene un enfoque sistémico*:* El cual consiste en la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina. Dicha teoría se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias.

• La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

• La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

El Mejoramiento Continúo como uno de los pilares de la auditoría, se define por Abell,D.(1994), como “una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado. Éste es un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización de lo que se entrega a los clientes”.

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

Dentro de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, se tiene establecido a través de las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría el siguiente ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) para la auditoría del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual se muestra en el siguiente cuadro:

A
- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
- Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.
- Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.
- Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.
- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.

P
- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar procesos por mejorar.
- Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.
- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.
- Identificar el líder auditor, su equipo de auditoría y cómo aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas.

V
- Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Identificar y analizar los factores de riesgo (eventos adversos).
- Determinar cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el SOGG.
- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.

H
- Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo, por qué).
- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
- Hacer cronograma para controlar la ejecución de la Auditoría.
- Definir criterios que garanticen la evaluación por pares.
- Asignar los recursos para la ejecución de la auditoría.
- Formular los indicadores de medición.
- Entrenar al equipo de Auditoría.

Dentro del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, se desarrollan actividades que buscan disminuir riegos para la atención de los pacientes, generándose pues la *Seguridad del Paciente.*

Para el desarrollo de ésta, deben establecerse en las instituciones políticas para la seguridad del paciente cuyo objetivo sea prevenir la ocurrencia de situaciones que

afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con una entidad segura y competitiva.

Para lograr una institución segura es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer como uno de los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar el *Enfoque de atención centrado en el usuario,* lo cual significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

El desarrollo de un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud PAMEC, debe tener en cuenta los siguientes niveles de operación:

Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los

procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Igualmente el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

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

La organización propondrá y ejecutara acciones preventivas de acuerdo a riesgos identificados y basándose en el programa de seguridad del paciente, para que así se formen barreras de seguridad que den respuesta a las necesidades de la institución y sus usuarios, una vez diseñadas serán socializadas con todo el personal para su correcta aplicación y seguimiento, el seguimiento a su ejecución se hará por medio de auditorías en caliente de manera aleatoria y en caso de observar una desviación se formulara un plan de mejoramiento, responsabilidad del líder del proceso donde se evidencio el hallazgo o no conformidad. Algunos ejemplos de acciones preventivas ya diseñadas y aplicadas por la institución son:

• Realización y evaluación de estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención.
• Evaluación a encuestas de satisfacción ya sea por la organización o externas a ella.
• Evaluación de la efectividad, eficiencia y la continuidad de los procesos de atención a través de indicadores.

Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad; las acciones de seguimiento se realizaran de manera programada en procesos asistenciales y a temas tales como historia clínica, adherencia a guías clínicas, programas de promoción y prevención, remisiones, pertinencia de órdenes de laboratorio y farmacia, también se realizaran auditorias no programadas y en caliente de manera aleatoria a cumplimiento de acciones preventivas en todos los servicios de la institución que así lo requieran y en caso de observar una desviación se formulara un plan de mejoramiento por el líder del proceso en donde se encontró el hallazgo.

Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia. Las acciones coyunturales serán desarrolladas y aplicadas en la institución cada vez que se presente un evento adverso o incidente grave, se realizaran por medio de la reunión de comités especiales para la evaluación de un caso determinado; por medio de análisis y gestión de un evento adverso trazador e igualmente realizando el análisis de reclamaciones presentadas por clientes internos y externos.

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) comprenderá como mínimo, los siguientes procesos:

Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las siguientes características de calidad:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico

Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud:

Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° del decreto 1011 y definidas en el numeral anterior.

Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud:

Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB.

Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Implementar planes de mejoramiento continuo en los procesos y la calidad de la atención que reciben los usuarios, en respuesta a la satisfacción de sus necesidades y expectativas, a través de la ejecución de un mecanismo sistémico y continuo de evaluación, que garantice estándares de calidad superiores con miras a la acreditación en la prestación de los servicios de salud en la ESE Hospital Francisco Valderrama.

6.2 Objetivos específicos

- Desarrollar las actividades previas con el fin de organizar y coordinar las actividades y tareas que se realizaran en la implementación de PAMEC.
- Realizar la autoevaluación para determinar fortalezas y oportunidades de mejoras en los procesos.
- Seleccionar estándares con oportunidades de mejoras e identificar a que procesos de la institución impactan o pertenecen.
- Priorizar los procesos organizacionales con el fin de categorizar en orden de importancia de acuerdo con criterios técnicos preestablecidos.
- Definir la calidad esperada para fijar la meta de desarrollo a la que se quiere llevar los estándares priorizados.
- Realizar la medición inicial de los estándares priorizados para evidenciar el nivel de desempeño de los procesos en la institución.

- Elaborar plan de acción con el fin de documentar las acciones de mejora que impactaran positivamente en los procesos.
- Ejecutar las acciones de mejora definidas en el plan de acción con el objeto de cerrar las brechas de no calidad observada.
- Evaluar la efectividad de las acciones de mejora implementadas tendiente al cierre de las brechas encontradas.
- Sintetizar el aprendizaje organizacional para la toma de decisiones, retroalimentar y evaluar las mejoras obtenidas con la implementación del plan de acción.
- Reportar indicadores al ministerio, para permitir la medición del desempeño de los procesos frente a los objetivos institucionales.

7. METODOLOGÍA

7.1 ACTIVIDADES PREVIAS

7.1.1 Sensibilización:

Es un proceso que tiene como objetivo principal impactar sobre el comportamiento de una población o reforzar buenas prácticas sobre algún tema en particular motivando e invitando a participar; se realiza a través de plegables informativos, notas en carteleras, videos, perifoneo, mensajes de difusión por WhatsApp, correos, redes sociales.

7.1.2 Capacitación:

Es un conjunto de actividades didácticas orientadas a suplir las necesidades de la empresa y que se orientan hacia una ampliación de los conocimientos, habilidades y aptitudes de los empleados la cual les permitirá desarrollar sus

actividades de manera eficiente. Esto se logrará con talleres, videoconferencias, mesas de trabajo, exposiciones.

7.1.3 Conformación equipos de trabajos:

Crear un grupo de personas, en donde los integrantes actúen de forma profesional, integra y alineada en pos de un objetivo en común.

Para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC se conformará el siguiente equipo de mejoramiento al interior de la entidad, por grupos de estándares y cada líder deberá conformar un equipo primario de máximo cuatro personas, de la siguiente manera.

Formato 1. Equipos para el desarrollo de la ruta crítica PAMEC

Fecha: _____

Responsable PAMEC: _____

NOMBRE GRUPO DE ESTANDARES	CANTIDAD	LIDER DEL EQUIPO	CARGO	EQUIPO DE TRABAJO	CORREO ELECTRONICO
TOTAL ESTANDARES					

7.1.4 Diseñar formatos:

Diseñar los instrumentos necesarios que se utilizarán para la presentación e implementación de la ruta crítica. (Ver carpeta diseño de formatos)

7.1.5 Preparar logística:

Definir los recursos que se requieren, humanos, materiales, tecnológicos, infraestructura pata la implementación de la ruta crítica. Se debe revisar las necesidades y presupuesto cuando se requieran.

7.1.6 Cronograma implementación ruta crítica:

Representación gráfica de un Conjunto de actividades, tareas o eventos ordenados en el tiempo para su ejecución, marca el inicio y final. Se realiza a través de reunión PAMEC para diligenciar el siguiente formato establecido.

Formato 2. Cronograma de actividades – ruta crítica

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	PARA QUE
ACTIVIDADES PREVIAS					
AUTOEVALUACIÓN					
SELECCIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORAMIENTO					
PRIORIZACIÓN DE PROCESOS					
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA					
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS					
PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS PRIORIZADOS					
EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.					
EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO					
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL					

7.1.7 Metodología:

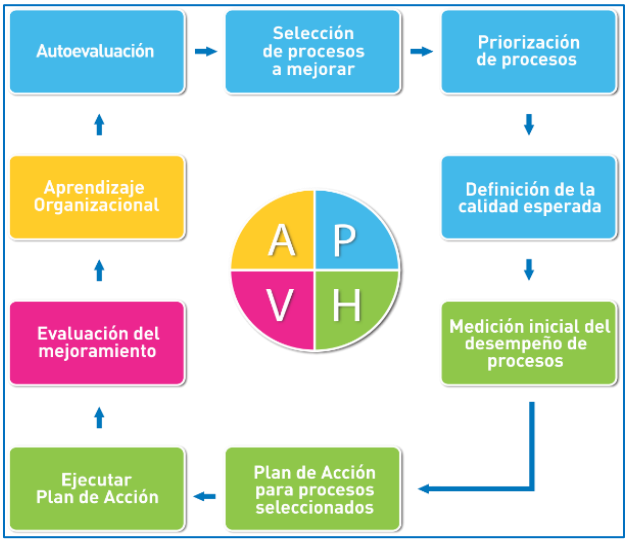
PAMEC en la ESE Hospital Francisco Valderrama, se ejecutara de acuerdo a las pautas indicativas y guías propuestas por el Ministerio de la Protección Social para el desarrollo de la ruta crítica en la implementación del programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

7.1.8 Acta de nombramiento:

Es un documento donde se designan las funciones del líder PAMEC, firmado por el representante legal de institución. ¿Cómo? Elaboración de documento.

7.2 RUTA CRÍTICA

La ruta crítica es la secuencia lógica establecida por el Ministerio de la Protección Social para el desarrollo del Programa de Auditoría para Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).



La ESE Hospital Francisco Valderrama, ha definido un ciclo de cuatro años (2020 – 2023), para recorrer toda la ruta crítica e implementar las acciones de mejoras en los planes de acción, con el objeto de identificar y cerrar brechas en la calidad de los procesos organizacionales y por ende de la calidad de las servicios que reciben los usuarios.

Para la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de continuo de la calidad – PAMEC, la gerencia y el equipo directivo conocen y participan en su desarrollo, algunos de ellos hacen parte del equipo para el desarrollo de la ruta crítica.

Para el desarrollo de las fases o pasos en la institución se presenta un plan para cada una de ellas, así:

7.2.1 Desarrollo de la autoevaluación:

La autoevaluación es la fase del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), en la cual se identifican las fortalezas y las oportunidades de mejora en los procesos en relación con estándares superiores de calidad.
El referente para la autoevaluación son los estándares de acreditación definidos en la Resolución 5095 de 2018, los cuales corresponden al grupo de estándares Asistenciales, de Información, de Gerencia, de Tecnología, de Recurso Humano, de Ambiente Físico, de Direccionamiento y el de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Con base en los estándares mencionados anteriormente, la institución, ha diseñado el siguiente instrumento para llevar a cabo la auto-evaluación:

Dicha auto-evaluación se califica de manera cualitativa y cuantitativa:

7.2.1.1 Calificación Cualitativa

En ésta se identifican las fortalezas relacionadas con cada estándar y criterio analizado y las oportunidades de mejora que pueden implementarse para su cumplimiento.

Formato 3. Autoevaluación cualitativa:

AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA							
ESTANDAR CODIGO	ESTANDAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	EFECTO DE LAS OPORTUNIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	ACCIONES PARA LAS OPORTUNIDADES	LIMITANTES PARA LAS ACCIONES

7.2.1.2 Autoevaluación Cuantitativa:

En ésta se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto.

Aquí cada uno de los estándares se analiza en tres (3) dimensiones que corresponde a enfoque, implementación y resultado, en cada una de estas dimensiones se analizan las variables con base en las cuales se va a calificar, las dimensiones y variables.

Para calificar los estándares se utiliza el siguiente formato, el cual está diseñado para realizar los cálculos necesarios y arrojar una calificación integral para cada uno de los estándares.

Formato 4. Evaluación Cuantitativa.

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÒN		RESULTADOS					TOTAL
	Enfoque sistémico:	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y	Despliegue en la Institución	Apropiación por el cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	

Para realizar la calificación Cuantitativa se utiliza la Hoja Radar en la cual se describen las variables a tener en cuenta con su respectiva escala de calificación

Formato 4.1 Hoja Radar para Calificar Estándares

Dimensión	ENFOQUE				
	Escala de calificación				
Variable	1	2	3	4	5
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.

			mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.		
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
Dimensión	**IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE**				
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
Dimensión	**RESULTADOS**				
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores,	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.

		sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.		productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

7.2.2 Selección de estándares con oportunidades de mejora:

Aquí se identifican cuáles de los estándares autoevaluados tienen oportunidades de mejora, para listarlos y definir el proceso al que pertenecen e iniciar con estos la priorización

Formato 5. Selección de Procesos.

CÓDIGO	ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESOS AL QUE PERTENECE

7.2.3 Priorización de estándares:

Para la priorización de los estándares se utiliza una matriz en la cual se asigna una calificación a cada uno de los estándares desde 3 criterios diferentes, riesgo, volumen y costo.

Criterios de la matriz de priorización:

- Riesgo: Se refiere a que si falla el proceso que riesgo tiene el usuario y la institución.
- Costo: Se refiere a si se falla en la ejecución del proceso que tan costoso es para la organización por demandas, costos de no calidad, imagen.
- Volumen: Se refiere a que cuantas veces se ejecuta el procedimiento descrito en el estándar.

Teniendo en cuenta la autoevaluación realizada, donde se describieron las fortalezas y las oportunidades de mejora, se desarrollara la matriz de priorización y con esta se establecerá cuáles son los estándares prioritarios a intervenir dentro del PAMEC.

Formato 6. Matriz de Priorización de Estándares

GRUPO DE ESTANDAR: _____

ESTANDAR A EVALUAR	AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA		PRIORIZACIÓN			
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Riesgo	Costo	Frecuencia	Total

Para la calificación de la matriz de priorización se tiene en cuenta unos criterios que se relacionan los estándares evaluados y se realiza una valoración de acuerdo a la siguiente escala de calificación:

Formato 6.1 Criterios de Priorización

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
No representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución	1	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan solo algunas veces al año	1	Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas)	1
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución	3	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes	3	Si falla el procedimiento trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas)	3
Representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución	5	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día	5	Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas)	5

La máxima calificación que se puede obtener en la matriz de priorización es de 125, aquellas prácticas que obtengan esta calificación se consideran como críticos para el inicio del ciclo de mejoramiento, en caso que el total de estándares con calificación máxima sea muy pocos, se pueden intervenís los estándares que obtengan una calificación mayor de 80, el comité decidirá si se intervendrán en su totalidad todos los estándares que tengan esta calificación o un porcentaje de los mismos.

7.2.4 Definición de calidad esperada

Establecer la calidad esperada para los procesos de la institución, se logra mediante un ejercicio de análisis y toma de decisiones por parte del equipo directivo, asesores, representantes de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, significa establecer cómo se desea que se realicen los procesos y cuáles son resultados se quieren lograr.

Se establecerán metas e indicadores que evaluarán el desempeño de la práctica priorizada de una manera pertinente. Se preferirá utilizar indicadores ya definidos por la organización, que el desarrollo de nuevos indicadores de gestión y se debe garantizar que los indicadores seleccionados sí busquen evaluar el objetivo de la práctica. El instrumento para la definición de la calidad esperada es el siguiente.

Formato 7. Calidad Esperada de Estándares Priorizados

GRUPO DE PRÁCTICA: _____

PRÁCTICA PRIORIZADA: _____

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA PRIORIZADA	PROCESO RESPONSABLE	ACCION PARA LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	META	INDICADOR

Formato 8. Ficha técnica para construcción de indicadores:

Nombre del indicador:	
Objetivo:	
Atributo de Calidad:	
Práctica que evalúa:	
Fórmula del indicador:	
Fuente de los datos:	
Periodicidad del indicador:	

Responsable de generar el indicador:	
Responsable del Análisis	
Categoría de discriminación:	

Estándar:		
Aceptable:		
Deficiente		

7.2.5 Medición inicial del desempeño de las prácticas priorizadas

Esta fase dentro de la ruta crítica comprende la ejecución de la auditoría para mejoramiento de la calidad, consiste en establecer la línea base del desempeño institucional, que permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento.

La ESE debe definir los parámetros necesarios para evaluar y comparar el nivel de calidad observada respecto a la calidad deseada, para realizar la medición se deberán construir los instrumentos de medición que permitan generar los indicadores establecidos. Una vez construidos los instrumentos se debe realizar la validación y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.

Adicional a esto en esta fase se deberá construir el cronograma de medición de los indicadores seleccionados.

La medición inicial del desempeño comprende la aplicación de los tres niveles de auditoría para el mejoramiento de la calidad, estos son: el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa, y los tres tipos de acciones: preventivas, correctivas y coyunturales.

Formato 9. Medición Inicial

GRUPO DE PRÁCTICA: _____

Indicador	Código del estándar	Atributo calidad a mejorar	Medición inicial	Meta	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3

7.2.8. Plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas:

El plan de acción es el mecanismo mediante el cual la entidad actuará sobre las oportunidades de mejora, interviniendo las causas de las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción debe ser el producto del análisis realizado por los líderes de procesos y el comité PAMEC, incluido los directivos, concertando las acciones que apunten a las causas principales de incumplimientos.

En esta fase se desarrollan estrategias específicas para el cierre de las brechas, encontradas en la autoevaluación, por lo tanto cada práctica priorizada tendrá una calidad esperada y unas acciones de mejoramiento para el cierre de brechas.

Formato 10. Plan de Mejoramiento

Nombre del Proceso: _____

Meta a Lograr: _____

Indicador de Seguimiento: _____

QUE (Actividad a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUANDO (Fecha de terminación de la Actividad)	DONDE (Lugar donde se realiza la Actividad)	PORQUE (Propósito de la Actividad)	COMO (Pautas para la realización de la Actividad)

Una vez concertado y definido el plan de acción se debe entregar a los responsables estableciendo el compromiso para su implementación, con un seguimiento semestral.

7.2.9. Ejecución del plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas:

Después de la socialización y el establecimiento del compromiso para la implementación del plan de acción se procede a su ejecución según lo siguiente:

Cada responsable de las acciones en ejercicio del autocontrol realizará el seguimiento a los compromisos establecidos en el plan de acción para cumplir con los plazos y metas.

Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecido.

En el comité de PAMEC, técnico y calidad, se identifican y garantizan los recursos necesarios para la correcta implantación de las acciones planteadas.

7.2.10. Evaluación del mejoramiento de las prácticas intervenidas:

Consiste en el seguimiento al impacto de las acciones establecidas por la organización. Aquí se le realiza el seguimiento a la implementación, con el fin de evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste, durante este seguimiento se tiene en cuenta los resultados de indicadores y la auditorías realizadas.

Para el seguimiento, el equipo auditor y los directivos contarán con el apoyo de los siguientes comités:

- Comité PAMEC
- Comité MECI
- Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Comité de Farmacia y Terapéutica
- Comité Técnico Científico
- Comité de Ética Hospitalaria

También participara en este seguimiento el asesor de control interno o quien haga sus veces en el rol de evaluación y seguimiento.

Con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el cumplimiento de las metas, el seguimiento a las actividades planeadas en el plan de mejoramiento, se realiza teniendo en cuenta la programación del cronograma de la ruta crítica.

Formato 11. Seguimiento Plan de Mejoramiento

PROBLEMA:			
META A LOGRAR:			
INDICADOR DE SEGUIMIENTO:			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS METAS

7.2.11 Aprendizaje organizacional

Consiste en generar, consolidar y estandarizar los aprendizajes organizacionales, a partir de la implementación de las acciones de mejoramiento institucional.

Todas las acciones del Plan de Acción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se realizarán bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). En cada una de estas fases se involucrará el

componente de difusión en toda la organización y se tendrá como filosofía el trabajo en equipo e involucrar los responsable de los procesos en la toma de decisiones que le conciernen.

Una vez las oportunidades de mejoramiento han sido solucionadas se realiza:

1. **Un resumen del mejoramiento** logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.
2. **Comunicación de los resultados** a todos los clientes internos involucrados en el proceso. Por esto los resultados del mejoramiento serán parte del plan de comunicaciones aprovechando espacios como los comités, carteleras, boletín institucional y la reunión de personal, buscando el empoderamiento y compromiso de todos los funcionarios de la institución, procurando que los resultados sean consistentes en el tiempo.
3. **Ajuste de los procesos mejorados** con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.
4. **Capacitación y reentrenamiento** al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.
5. **Medición continúa de los indicadores** del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

En el siguiente formato se consignaran el resumen de las acciones de aprendizaje organizacional:

Formato 12. Aprendizaje organizacional del mejoramiento

Práctica impactada	
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	
Medición inicial	
Nombre de la iniciativa implementada	
Objetivo de la iniciativa implementada	
Descripción de la iniciativa implementada	
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la iniciativa	
Aprendizajes organizacionales	
Fecha de cierre del ciclo	

7.3 AUDITORIAS

7.3.1. Autocontrol:

Comprende las acciones de planeación, ejecución, verificación y ajuste que cada funcionario ejerce sobre los procedimientos y funciones a su cargo en la entidad para que cumplan con los requisitos establecidos por la normatividad vigente y por la misma organización.

Como acciones concretas que debe desarrollar la entidad para fomentar y facilitar el autocontrol, están las siguientes:

- Estandarizar procesos y procedimiento.
- Establecer manuales de funciones para cada cargo.
- Concertar objetivos con cada una de los funcionarios como referente para el autocontrol y para la evaluación.
- Capacitar y entrenar a los funcionarios para el desarrollo de los procedimientos y funciones.
- Fomentar el empoderamiento de los funcionarios en la gestión de sus propios procedimientos y funciones.
- Brindar instrumentos para que cada funcionario realice la autoevaluación del control y la gestión, tales como: indicadores - gerenciales, hojas radar, listas de chequeo, etc., con los cuales pueda medir el nivel de logro de la calidad establecido, socialice su propia gestión e implemente acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Para la documentación de formatos, registros, documentos, procedimientos e instructivos, se tiene documentado el Instructivo para la elaboración y control de documentos, formatos y registros el cual deberá ser consultado por cada funcionario al momento de realizar algún tipo de documento. Igualmente se deben regir a los lineamientos establecidos dentro de los procedimientos de gestión documental para la producción de éstos.

7.3.2. Auditoria interna.

Es el proceso de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizada por personal de la misma institución, desde una instancia externa al

proceso que se audita, con el propósito de contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol y debe promover y facilitar las siguientes acciones:

- Análisis de las causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos.
- Implementación de acciones necesarias para lograr el nivel de calidad esperado
- Acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

Para la ejecución de la auditoría interna la institución formulara anualmente un cronograma de auditoría para los procesos priorizados.

Para la ejecución del programa, el líder auditor formula un plan para cada una de las auditorías programadas definiendo entre otros aspectos el proceso o estándar, el objetivo, el alcance, fecha y responsables.

El paso a seguir es la realización y entrega al coordinador del comité PAMEC, del informa de auditoria, en el cual se registran los hallazgos encontrados y recomendaciones.

Dentro de esta fase es importante también la medición de los indicadores definidos en los procesos prioritarios, medición a través de la cual se establece la línea base o punto de referencia para comparar la calidad observada versus la calidad esperada, estableciendo cuantitativamente la brecha que orientará la formulación de acciones correctivas, preventivas o de mejora. El instrumento a utilizar para este propósito es el gerencial de indicadores por procesos o servicios que consolida los resultados de toda la gestión de la entidad.

8. PLAN DE CONTINGENCIA

El manual para la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC, de la ESE Hospital Francisco Valderrama será para la vigencia 2020 – 2023 y será actualizado en la medida que cambie la norma.

Con el objetivo de cumplir con las acciones de mejora propuestas para la vigencia del año en curso, después de realizar el seguimiento o las auditoria a las actividades proyectadas, si estas se cumplen en los tiempos establecidos se cierra el ciclo PAMEC, pero si no se alcanzan a cumplir el equipo de trabajo se comprometerá en seguir trabajan y realizar las actividades necesarias para implementarlas en la institución; metas o acciones que se llevaran al cronograma siguiente, es decir harán parte integral del próximo ciclo para garantizar alcanzarlas y poder terminar de cerrar con ese ciclo no alcanzado.

9. REPORTE DE INDICADORES

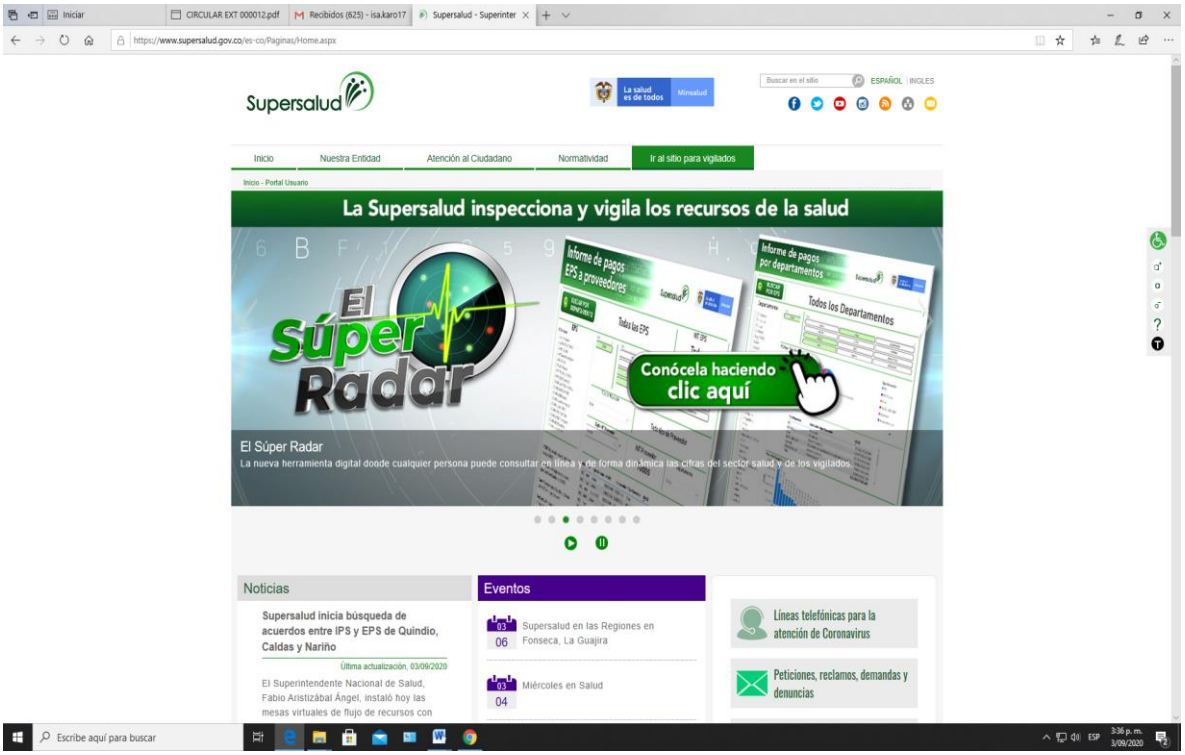
El reporte de indicadores se realiza, de acuerdo a la establecido en la circular externa 012 de 2016, por la cual se hacen adiciones, eliminaciones, y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparte las instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad.

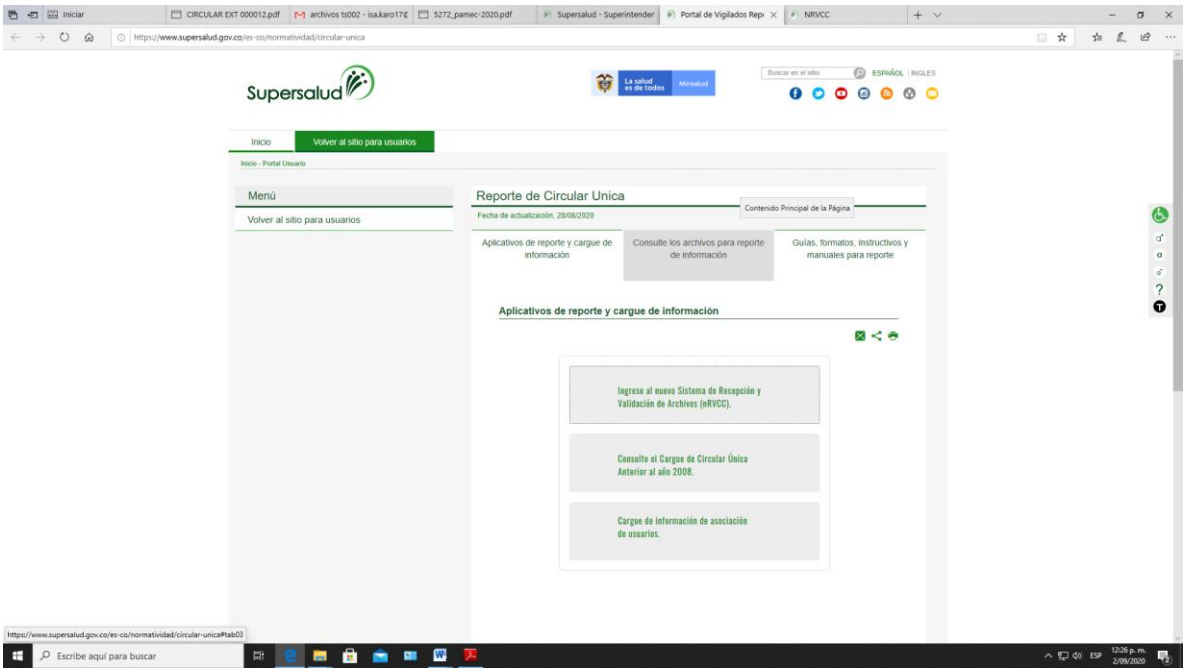
En concordancia con la anterior la ESE hospital fráncico Valderrama realizara el reporte de la aplicación del PAMEC, según lo dispuesto en el anexo técnico – archivo tipo N° ST002, con una periocidad anual, con fecha de corte a 31 de diciembre y fecha de reporte 28 febrero.

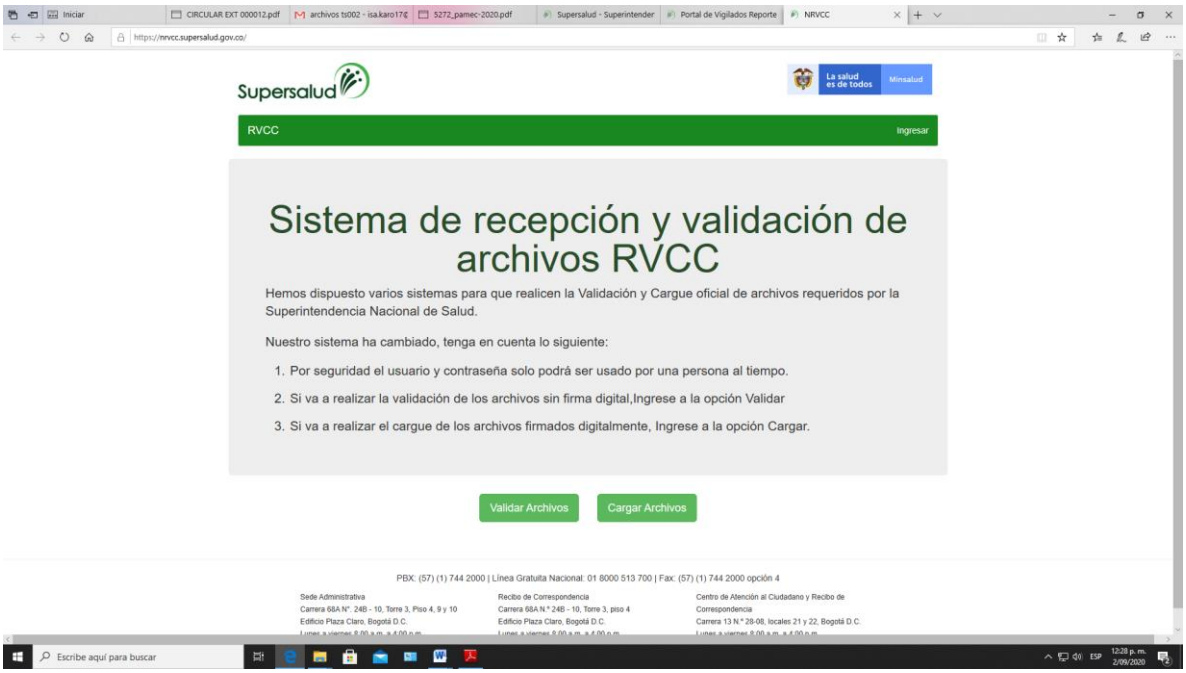
El archivo con la información que se genera se envía desde la oficina de sistemas, a través de la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social (SISPRO) del ministerio de salud y protección social, quienes validan la información y entregan soporte del cargue.

La ruta para el cargue de la información es la siguiente:

- En el explorador buscar la página de la Superintendencia Nacional de Salud
- Ir al sitio para vigilados
- Escoger Reporte de Circular Única
- Ingrese al nuevo Sistema de Recepción y Validación de Archivos (Nrvcc)
- Ingrese con usuario y contraseña para validación y cargue de la información.




Supersalud
Inicio
Volver al sitio para usuarios
Menú
Volver al sitio para usuarios
Reporte de Circular Unica
Fecha de actualización, 28/08/2020
Contenido Principal de la Página
Aplicativos de reporte y cargue de información
Consulte los archivos para reporte de información
Guías, formatos, instructivos y manuales para reporte
Aplicativos de reporte y cargue de información
Ingrese al nuevo Sistema de Recepción y Validación de Archivos (nRVCC).
Consulte el Cargue de Circular Única Anterior al año 2008.
Cargue de información de asociación de usuarios.


Supersalud
RVCC
Ingresar
Sistema de recepción y validación de archivos RVCC
Hemos dispuesto varios sistemas para que realicen la Validación y Cargue oficial de archivos requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud.
Nuestro sistema ha cambiado, tenga en cuenta lo siguiente:
1. Por seguridad el usuario y contraseña solo podrá ser usado por una persona al tiempo.
2. Si va a realizar la validación de los archivos sin firma digital,Ingrese a la opción Validar
3. Si va a realizar el cargue de los archivos firmados digitalmente, Ingrese a la opción Cargar.
Validar Archivos
Cargar Archivos
PBX: (57) (1) 744 2000 | Línea Gratuita Nacional: 01 8000 513 700 | Fax: (57) (1) 744 2000 opción 4
Sede Administrativa
Carrera 68A N°. 24B - 10, Torre 3, Piso 4, 9 y 10
Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C.
Recibo de Correspondencia
Carrera 68A N.° 24B - 10, Torre 3, piso 4
Edificio Plaza Claro, Bogotá D.C.
Centro de Atención al Ciudadano y Recibo de Correspondencia
Carrera 13 N.° 28-08, locales 21 y 22, Bogotá D.C.

Supersalud	PROCESO	ADMINSTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA 000012	VERSIÓN	1

ARCHIVO TIPO ST002

Aplicación del PAMEC

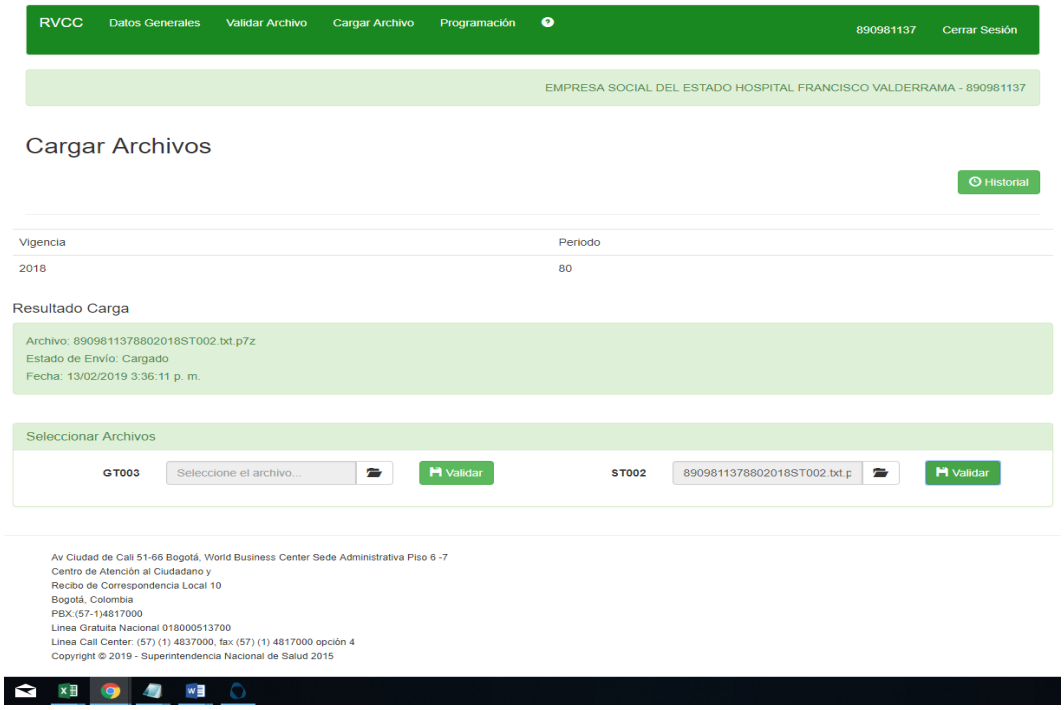
TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Instituciones Prestadoras de Servicios públicas, privadas y mixtas de los grupos A, B, C1, C2, D1 y D2 (CE 018 de 2015)
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE CORTE: Diciembre 31
FECHA DE REPORTE: Febrero 28

Campo	Variable	Descripción	Longitud Máxima	Registro Permitido
1	Código Municipio	Digite el código DANE (DIVIPOLA) del Municipio de la sede principal donde se encuentra ubicado la entidad que suscribe el plan de mejoramiento del PAMEC	5	Numérico
2	Fecha inicial	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
3	Fecha fin	Fecha propuesta para terminar las acciones de mejoramiento	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
4	Acciones programadas	Relacione el número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de Auditoría registrados en el PAMEC	3	Numérico
5	Acciones ejecutadas	Relacione el número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las Auditorías realizadas	3	Numérico
6	Auditorías Internas Programadas	Relacione el número de Auditorías internas al PAMEC programadas para la vigencia derivadas del PAMEC	3	Numérico
7	Auditorías Internas Ejecutadas	Relacione el número de Auditorías internas al PAMEC ejecutadas para evaluar la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	3	Numérico
8	Documentos soporte	Relacione el número de documentos que evidencien la revisión del Aprendizaje Organizacional en el que se identifiquen las acciones que se deben estandarizar en la entidad como resultado de la ejecución del PAMEC, de conformidad con la normativa vigente.	3	Numérico

Supersalud	PROCESO	ADMINSTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA 000012	VERSIÓN	1

Campo	Variable	Descripción	Longitud Máxima	Registro Permitido
9	Procesos Estandarizados	Liste los Procesos del Mapa de Procesos Institucional y/ o los procedimientos, que Fueron Estandarizados como producto de la Ejecución efectiva del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, separados por punto y coma.	4000	Alfanumérico
10	Nombre del Líder de Calidad	Relacione el nombre del profesional encargado del desarrollo del plan de mejoramiento	100	Alfanumérico
11	Dirección Electrónica Líder de Calidad	Digite el correo electrónico del Líder de Calidad	50	Alfanumérico
12 13	Teléfono del Líder de Calidad	Digite el número telefónico del Líder de Calidad	11	Numérico
14	Nombre responsable	Relacione el nombre del profesional encargado del desarrollo del plan de mejoramiento	100	Alfanumérico
15	Cargo responsable	Escriba el cargo del responsable de realizar el seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento.	150	Texto
16	Dirección Electrónica responsable	Digite el correo electrónico del responsable	100	Alfanumérico
17	Teléfono del responsable	Digite el número telefónico del Líder de Calidad	11	Numérico

Evidencia del cargue



10. BIBLIOGRAFIA

ALEIS, 2016. La importancia de la Calidad en las Empresas [mensaje de un blogs}. Recuperado de http://www.aleissistemas.com/blog/la-importancia-la-calidad-las-empresas/, 2016

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5095 de 2018, por medio de la cual se adopta el manual de acreditación ambulatorio y hospitalario versión 3.1.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 2016

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud, 2007

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de Abril 3 de 2006, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio, 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual para la elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: El Ministerio, 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la Seguridad del Paciente. 2008.

MINISTERIO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES. (2016). seguridad y privacidad de la información (3.0.2). Recuperado de https://www.mintic.gov.co/gestionti/615/articles5482_g14_plan_comunicacion_sensibilizacion.pdf.

SANCHEZ, L. (2010). Que es la capacitación. Recuperado de https://www.emprendepyme.net/que-es-la-capacitacion.html.

PACORICANA, L. Monografías, [versión electrónica]. Propuesta de mejoramiento continuo para los establecimientos de salud. Recuperado de https://www.monografias.com/trabajos94/propuesta-mejoramiento-continuo-establecimientos-salud/propuesta-mejoramiento-continuo-establecimientos-salud.shtml.

WIKIPEDIA, (2011). Conformación equipos d trabajo. Recuperado de https://dosideas.com/wiki/Conformación_de_equipos.