

**ANEXO N° 002**

No	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	Certificación Jefatura Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD  
DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

**CERTIFICA**

Los resultados de la evaluación del cumplimiento del PAMEC 2014, produjo según informe de Gestión de la oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad del 11 de febrero de 2015, un porcentaje de cumplimiento de 90%, según se observa en la tabla siguiente:

Estándares	Metas Programadas	SEGUIMIENTOS PAMEC 2014					
		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre	
		Metas Completas	% Cumplim.	Metas Completas	% Cumplim.	Metas Completas	% Cumplim.
Direcciónamiento	5	1	20%	4	80%	5	100%
Gerencia	9	0	0%	2	22%	8	100%
Cliente Asistencial	6	1	17%	3	50%	6	100%
Talento Humano	18	6	33%	11	61%	16	89%
Ambiente Físico	7	4	57%	4	57%	6	86%
Tecnología	12	2	17%	2	17%	10	83%
Información	6	0	0%	4	67%	6	100%
<b>TOTAL METAS</b>	<b>63</b>	<b>14</b>		<b>30</b>		<b>57</b>	

<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	21%	47%	90%
-----------------------------------	-----	-----	-----

Fuente: Planes de Mejoramiento para la Acreditación, ESE Hospital Universitario de la Samaritana, 2014.

Dónde:

NUMERADOR: 57 (Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas) /

DENOMINADOR: 63 (Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría).

La presente certificación se expide como soporte de la calificación de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social a los trece (13) días del mes de marzo de 2015.

  
**VIVIAN CASTANEDA SOLANO**

Jefe oficina asesora Planeación y Garantía de la Calidad  
ESE Hospital Universitario de la Samaritana

<b>ACTIVIDAD</b>	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PAMEC DE 2014
<b>ESTÁNDARES A VERIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRECCIONAMIENTO</li> <li>• GERENCIA</li> <li>• PROCESO DEL CLIENTE ASISTENCIAL</li> <li>• GERENCIA TALENTO HUMANO</li> <li>• GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</li> <li>• GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</li> <li>• GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</li> </ul>

### I. OBJETIVO Y ALCANCE

Verificar el grado de ejecución de las oportunidades y las acciones de mejoras programadas.

El alcance:

Desde que se realizó la autoevaluación y la priorización de las oportunidades de mejora y acciones de mejora, hasta cuándo se realizan las acciones de mejora priorizadas o termina el tiempo establecido para cumplirlas.

### II. JUSTIFICACION

El Hospital viene realizando el desarrollo del proceso de mejoramiento de acreditación, es decir la etapa que representa el componente obligatorio de este proceso, a través de la realización de la autoevaluación de los estándares de acreditación de manera anual con base en la resolución 123 de 2012 y se generan planes de mejoramiento para garantizar el cumplimiento de las oportunidades de mejora y de esta manera lograr la acreditación en salud.

### III. METODOLOGIA

Se concreta por correo la fecha y hora para realizar la verificación y se envía el plan a desarrollar. En la verificación se realiza lectura de cada una de las oportunidades y sus respectivas acciones de mejora, se solicitan los soportes y/o evidencias del grado de avance que puede ser: completa, en desarrollo, a trazada o no iniciada y se registra la información suministrada en la matriz de plan de mejoramiento. Al finalizar la auditoria se genera el acta del seguimiento.

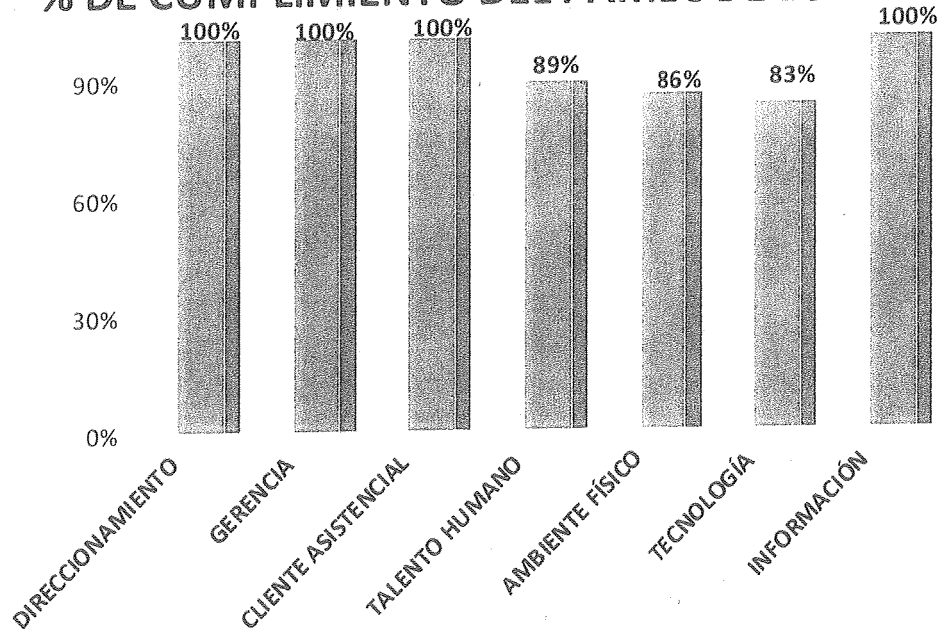
### IV. RESULTADO

A continuación se relacionan los 7 estándares de acreditación que se están trabajando en el PAMEC y el avance de las acciones de mejora programadas para el 2014.

ESTANDARES	METAS PROGRAMADAS	METAS COMPLETAS II TRIMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO DEL II TRIMESTRE	METAS COMPLETAS III TRIMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO EL III TRIMESTRE	METAS COMPLETAS IV TRIMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO DEL IV TRIMESTRE
DIRECCIONAMIENTO	5	1	20%	4	80%	5	100%
GERENCIA	9	0	0%	2	22%	8	100%
CLIENTE ASISTENCIAL	6	1	17%	3	50%	6	100%
TALENTO HUMANO	18	6	33%	11	61%	16	89%
AMBIENTE FÍSICO	7	4	57%	4	57%	6	86%
TECNOLOGÍA	12	2	17%	2	17%	10	83%
INFORMACIÓN	6	0	0%	4	67%	6	100%
<b>TOTAL METAS</b>	<b>63</b>	<b>14</b>		<b>30</b>		<b>57</b>	

<p> <b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>                  21%                  47%                  90%             </p>
---

**% DE CUMPLIMIENTO DEL PAMEC DE 2014**



Referencia: Información tomada de las matrices de seguimiento del PAMEC de 2014 del HUS

PP

## V. CONCLUSIONES

- El porcentaje de cumplimiento del PAMEC de 2014 es del 90%, con 57 acciones de mejora completas, no se cumplieron 6 acciones de mejora.
- Los estándares que presentaron cumplimiento del 100% de las acciones priorizadas fueron: direccionamiento, gerencia, cliente asistencial y gerencia de la información.
- El estándar de Gestión de la tecnología se presentó el 83% de acciones completas y 2 acciones atrasadas, porque se presentó dificultad para realizar la actualización de la Resolución del Comité de gestión tecnológica para dar cumplimiento a 2 acciones de mejora.
- El estándar de Ambiente físico presenta 86% de las acciones de mejora completas, el 14% restante equivale a una acción de mejora atrasadas porque no se pudo finalizar el procedimiento de identificación del paciente puesto que actualmente están realizando pruebas de las manillas, para definir cuál es la que pueden utilizar genero dificultad para actualizar el procedimiento.
- En el estándar de Gerencia de las 9 acciones de mejora programadas se retiró la del Diseñar el tablero de mando integral por procesos pues fue reasignada al proceso de Gestión de la información y está programada para realizarse para el 2015.
- En el estándar de talento humano el cumplimiento fue del 89%, no se cumplieron 2 acciones de mejora: realizar la evaluación de cultura organizacional, socializar el documento de Capacidad instalada (donde esta definido el número de estudiantes en práctica formativa).

## VI. RECOMENDACIONES

- Trabajar en las oportunidades de mejora que se generaron en la autoevaluación realizada en octubre y noviembre de 2014. Sensibilizar al personal en la importancia del cumplimiento de las actividades programadas para contribuir en el proceso de acreditación en salud de la institución.

JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD

Jefe Vivian Castañeda

RESPONSABLE DE LOS SEGUIMIENTOS:

Claudia Yaneth Pérez  
FECHA: 26/01/2015

