ASESORÍA *(Diligenciar primera y segunda parte)*

X

**ASISTENCIA TÉCNICA** *(Diligenciar primera, segunda y tercera parte)*

Preparación (primera parte)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Organismo** | Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia – Direccion de calidad y red de servicios | | | |
| **Dependencia** | Calidad de Servicio – Equipo de Calidad | | | |
| **Nombre responsable de la asesoría y/o asistencia técnica** | Hector Mario Restrepo Montoya | Cargo | Director de Calidad y Red de Servicios | **Contrato No.**  460000686 |
| **Línea Plan de Desarrollo** | Línea 4. Inclusión Social | Objetivo específico | Facilitar el acceso a las oportunidades para alcanzar un desarrollo humano integral a partir del reconocimiento de las garantías y derechos a los habitantes de Antioquia sin discriminación por territorio, familia, raza, sexo, edad, religión, orientación sexual o condición. | |
| **Programa y/o Proyecto** | Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad | | | |

**Población a atender**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Municipio** | Municipio de Titiribi | | |
| **Población objeto** | Funcionarios de la institución, equipo de lideres del PAMEC y SI | | |
| **Fecha programada** | Octubre 31 de 2013 | **Lugar programado** | ESE Hospital San Juan de Dios-Titiribi |

|  |
| --- |
| **Persona(s) con quien(es) se coordina la actividad (nombre y cargo)** |
| Diana Lucia Mesa Nieto – Asesora de control interno  Leon Arbey Sepulveda – Asesor de Calidad |
|  |

|  |
| --- |
| **Necesidad identificada** |
| Brindar apoyo a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema de Información para la calidad para las IPS públicas y privadas del Departamento. |
| **Objetivos** |
| Identificar el nivel de desarrollo de la organización frente al PAMEC y el Sistema de Información para la Calidad, así como brindar orientación en la implementación y desarrollo de estos componentes a las instituciones prestadoras de acuerdo a las brechas identificadas. |
| **Productos y resultados esperados** |
|  |
| **Actividades programadas** |
| |  |  | | --- | --- | | Hora | Actividad | | 11:00 | Reunión de apertura | | 11:15 | Entrevista a equipo de líderes | | 11:45 | Revisión documental y revisión de evidencias de la implementación del PAMEC y Sistema de Información para la Calidad | | 13:00 | Asesoria especifica de acuerdo a las brechas identificadas | | 14:30 | Reunión de cierre | |
| **Observaciones** |
| La reunión se realizo en el dia y hora programada |

Resultados (segunda parte)

|  |
| --- |
| **Situación encontrada** |
| Se comienza la reunión, y el personal asignado para revisarla tiene toda la documentación del proceso PAMEC para su revisión.  Se revisa el proceso, metodología y estado en el que se encuentra; todo el proceso se encuentra ajustado al cronograma que se ha realizado para su ejecución.  Ya terminaron la priorización de los estándares, y tienen definida la metodología para establecer la calidad esperada, y comenzar con la definición de la calidad deseada.  Se realizo autoevaluación bajo los parámetros de acreditación, y bajo los dictámenes de la 123, se revisan actas de capacitación y sensibilización de el PAMEC, y de los diferentes procesos de calidad.  Se encuentra conformado un comité de calidad, liderado por el Gerente del hospital y el asesor de calidad, un representante de cada area del hospital hace parte de los integrantes.  Se revisan los documentos donde se define la metodología para el desarrollo de Pamec.  Se revisan las actas, firmadas donde se ha realizado la socialización, sensibilización y capacitación de el PAMEC,al comité de calidad del hospital.  Se revisan los indicadores y sus fichas técnicas que tendrán validez en el proceso de medición de calidad esperada del PAMEC.  Se revisan actas de Buzón de sugerencias, análisis y metodología para la respuesta.  Se realiza revisión de oficina de servicio al cliente, y manejo de encuestas de satisfacción de los usuarios, que se realizan de manera sistemática y continua. Los usuarios también cuentan con línea telefónica para reportar cualquier queja, insatisfacción o mejora de el servicio de salud.  Revisión de el reporte de súper salud  Se encuentra reporte de eventos adversos, pero sin embrago se evidencia un número muy pequeño, en comparación con la cantidad de procesos que tiene la institución. Y aunque se realiza el análisis, no hay seguimiento a los planes de mejoramiento que se les realizan a los mismos. |
| **Actividades realizadas** |
| Se comienza la visita, realizando una presentación personal, aclarando el motivo de la visita; la importancia de esta y aclarando que es un acompañamiento y asesoría en cuanto a los procesos de información y puntualmente en los procesos de el PAMEC.  Se realiza la recopilación de la documentación necesaria para la auditoria, y la información de el estado del proceso de el PAMEC.  Se hace revisión de los formatos, actas y análisis de el buzon de sugerencia, quejas y reclamos; eventos adversos, comités de calidad y comités de PAMEC.  Se da comienzo a la presentación y asesoría, aclaración de dudas de el PAMEC, y la ruta critica del mismo.  Se termina la reunión, dando diferentes recomendaciones con base a lo encontrado. |
| **Productos y resultados obtenidos** |
| El Hospital tiene completa la documentación de el PAMEC, el marco teórico y significados bajo los estándares de acreditación y la 123.  Cronograma y actividades ejecutadas al día.  Ya se realizo la autoevaluación, priorización y tienen definida la calidad observada; tienen indicadores con sus fichas técnicas para la medición de los estándares.  Presentan actas al dia de los comités de calidad, firmadas y aprobadas.  Se ha realizado socialización, capacitación y auditoria de los procesos de calidad a los integrantes de el comité.  Comité de calidad, actas y asistencia al día.  Presentan formato de eventos adversos, con su espacio para el respectivo análisis.  Buzón de sugerencias, con apertura cada 8 dias, y análisis al dia  Informes de la súper Salud, al día  Presenta mapa de procesos en el sistema, pero no se encuentra publicado.  Presenta publicados derechos y deberes del paciente, y se les reparte a los pacientes esta información por medio de volantes  Procesos y guías, actualizadas y socializadas.  Capacitaciones firmadas y aprobadas por el comité de calidad.  El personal asistencial, por su alta rotación, ha presentado problemas en la adherencia y colaboración con los procesos administrativos de calidad.  El Hospital se encuentra de acuerdo a la evaluación realizada en un nivel de desarrollo frente al PAMEC, nivel: C |
| **Conclusiones y recomendaciones** |
| Como fortalezas de la institución, se observa un equipo de trabajo definido en funciones y responsabilidades, comprometido y al dia en los procesos que se han definido frente a el cronograma.  Presenta documentación al día, organizada, con actas y asistencia firmada y al día  Se realizan varias recomendaciones:  - Incentivar a el personal de el hospital, a la cultura de el reporte; ya que se encontraron muy pocos reportes de eventos adversos; se recomienda adoptar el protocolo de Londres para los reportes, teniendo presente la importancia de el seguimiento a las mejoras que se le dan a cada evento reportado.  -Publicar mapa de procesos  - Se observa que el personal asistencial por su rotación, no presenta adherencia a los procesos de calidad, por lo tanto se recomienda en el manual de funciones de los mismos, dejar en claro su actividad administrativa en el aspecto de ser parte activa de los comités y procesos de calidad.  -se debe realizar una capacitación a todo el personal de la institución, de el significado de los conceptos de los diferentes procesos de calidad, asi mismo una sensibilización y socialización de lo que son, y la importancia de los mismos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de cierre** | Octubre 31 de 2013 |
| **Nombre del asesor** | Natalia Olaya Posada |
| **Firma del asesor** |  |
| **Cargo del asesor** | Profesional del área de la salud miembro del equipo técnico |
| **Vo.Bo. Jefe de la dependencia** |  |

**Compromisos:** (tercera parte)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Compromisos**  **para el asistido** | | **Responsables** | **Cumplimiento del compromiso** | |
| **Descripción** | **Fecha** | **Descripción** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Compromisos para el organismo** | | **Responsables** | **Cumplimiento del compromiso** | |
| **Descripción** | **Fecha** | **Descripción** | **Fecha** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Observaciones:** | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**Anexar:**

FO-M4-P1-013 “Listado de Asistencia de Asesoría y Asistencia Técnica”

FO-M4-P1-014 “Evaluación de la actividad de Asesoría y Asistencia Técnica”

FO-M4-P1-016 “Promedio de la evaluación de la actividad de Asesoría y Asistencia Técnica”