





| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.
2. PLATAFORMA ESTRATEGICA.
3. RESEÑA HISTORICA.
4. RESULTADOS PAMEC VIGENCIA ANTERIOR.
5. OBJETIVOS.
6. ALCANCE.
7. MARCO NORMATIVO APLICABLE.
8. CONCEPTUALIZACION.
9. RESPONSABLES.
10. CAPACITACIONES PAMEC
11. NIVELES DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.
 - 11.1. Autocontrol.
 - 11.2. Auditoria interna.
 - 11.3. Auditoria externa.
12. PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL
13. FUENTES DE MEJORAMIENTO.
14. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA.
 - 14.1. Autoevaluación.
 - 14.2. Selección de procesos a mejorar.
 - 14.3. Priorización de procesos.
 - 14.4. Definición de calidad esperada.
 - 14.5. Medición inicial del desempeño de los procesos.
 - 14.6. Plan de acción
 - 14.7. Ejecución del plan de acción.
 - 14.8. Evaluación del mejoramiento.
 - 14.9. Aprendizaje Organizacional.
15. Reportes internos y externos.
16. Metodologías de análisis y gestión de información institucional.
 - 16.1. Metodología del porque por qué.
 - 16.2. Metodología de ISHIKAWA o espina de pescado.
 - 16.3. Metodología protocolo de Londres.
 - 16.4. Metodología algoritmo de naranjo.
 - 16.5. Metodología de fallo terapéutico.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

16.6. Metodología de las demoras.

16.7. Metodología AMFE.



17. Cronograma PAMEC

18. Indicadores de seguimiento al PAMEC.

19. Presupuesto PAMEC.

20. Vigencia.

21. Bibliografía.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

1. INTRODUCCION

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (**PAMEC**) de la **CLÍNICA CHÍA** se enfoca en convertir el mejoramiento continuo de la calidad en una herramienta de gestión institucional en donde cada colaborador implemente los ciclos de mejoramiento: Planear- hacer- verificar- Actuar.

La implementación del **PAMEC** debe permitir el afianzamiento de la cultura de la calidad llevando a un mejoramiento continuo y a la búsqueda de niveles superiores de calidad.

El presente documento recoge el proyecto trazado de implementación del **PAMEC**, el cual se encuentra alineado con el plan estratégico, las características de la organización, y las acciones hasta la fecha realizadas por la Clínica Chía.

El reto es el lograr la cabal implementación del presente programa entendiendo siempre que en el mejoramiento continuó de la calidad de la atención es responsabilidad de cada uno de los colaboradores de la misma.



2. PLATAFORMA ESTRATEGICA

2.1. MISION

Servir con calidad y ser la IPS amiga de los usuarios, sus familias y la comunidad.

2.2. VISION

En el año 2.025 Clínica Chía como red integrada de servicios de salud acreditada; Habrá logrado impactar de manera positiva la accesibilidad, oportunidad y los resultados en salud para las poblaciones que sean objeto de atención a nivel local y nacional; Soportará su desarrollo en la calidad y el mejoramiento continuo del conocimiento científico; afianzado en la transformación cultural y en la proyección como Hospital Universitario; Siempre enmarcados en el comportamiento ético y socialmente responsable.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

2.3. VALORES INSTITUCIONALES

Son el reflejo de nuestro comportamiento basado en los principios. Son propios de la persona.

2.3.1. Honestidad: Comportamiento ético que se demuestra en la transparencia de nuestros actos impactando positivamente a compañeros, pacientes y sus familias. Logrando la paz interior y la conciencia que estamos haciendo las cosas bien.

2.3.2. Trabajo en equipo: Es el motor de nuestra clínica que hace agradable nuestro trabajo y potencializa los beneficios para los pacientes y sus familias. Es la convicción plena que las metas no se logran individualmente.

2.3.3. Humanidad y servicio: Es la esencia de nuestra institución. Es comprender la situación del paciente y su familia en su proceso de atención. Es lograr conectar los sentimientos entre los seres humanos actuando con coherencia.



2.3.4. Confianza: Es lograr que nuestros pacientes y sus familias crean en nuestra razón de ser para su tranquilidad.

2.4. POLITICAS INSTITUCIONALES:

La Clínica Chía establece 16 políticas institucionales desde su proceso de Direccionamiento estratégico y con la participación de sus colaboradores:



| Política institucional | Definición |
|------------------------|--|
| Política de calidad | CLINICA CHIA S.A. Se compromete consigo misma y sus grupos de interés a brindar una atención con CALIDAD, bajo los atributos de su modelo de atención, enfocado en mantener la acreditación en salud, referenciándose con las mejores prácticas. |
| Política de | La Clínica Chía S.A. se compromete con el paciente, su familia y la comunidad a gestionar los riesgos en el proceso de atención, |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | |
|---|---|
| seguridad | fomentando una CULTURA DE SEGURIDAD con un enfoque proactivo de los procesos. |
| Política de Humanización | La clínica Chía S.A. como institución amiga, se compromete a brindar un trato digno, ético y humano, respetando el modelo de atención y servicio a nuestros usuarios y colaboradores. |
| Política de Gestión del Riesgo | La Clínica Chía S.A. se compromete a identificar y gestionar los riesgos que impacten la efectividad de los procesos y la seguridad en la atención, articulando las áreas asistenciales y administrativas para contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales. |
| Política de Gestión ambiental | La Clínica Chía S.A. promueve una cultura de protección al medio ambiente, dirigida a los pacientes, sus familias, colaboradores y proveedores; haciendo uso eficiente de los recursos naturales y participando activamente en la mejora continua de nuestro sistema de gestión ambiental encaminado al fortalecimiento de acciones que permitan la prevención y mitigación de los impactos negativos que se puedan generar durante el proceso de atención a nuestro entorno; y asegurar el cumplimiento normativo vigente. |
| Política de tratamiento de la información y de la protección datos de carácter personal | La Clínica Chía S.A. se compromete a proteger la información, los recursos de la información y los datos personales suministrados por los Pacientes, sus familias, empleados, proveedores y todos los datos personales, que sean objeto de tratamiento de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 del 2012 de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normas que apliquen en esta materia |
| Política de priorización | La CLINICA CHIA S.A. se compromete a prestar atención preferencial y prioritaria en todas sus áreas y procesos a MATERNAS, ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, MENORES DE UN AÑO Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD. |
| Política de Talento humano | La Clínica Chía S.A., se compromete a mantener el mejor talento humano y contribuir al desarrollo personal y profesional de sus colaboradores a través de nuestros VALORES Y MODELO DE ATENCION Y SERVICIO, procurando un equilibrio laboral y familiar que aporte en el desarrollo de su PROYECTO DE VIDA. |
| Política de promoción prevención | La Clínica Chía se compromete a promover acciones de promoción, prevención y educación para el paciente y su familia, acorde al modelo de atención en todos los niveles de su red integrada de servicios. |
| Política responsabilidad | CLINICA CHIA se compromete a propender porque sus decisiones impacten positivamente en sus grupos de interés dando un valor |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | |
|---|--|
| Social empresarial | agregado desde la perspectiva social, ambiental y económica. |
| Política de seguridad y salud en el trabajo | Es política de CLINICA CHIA S.A., promover y mantener una cultura de seguridad y salud laboral como valor y principio de actuación, es por esto que a través del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) la Alta Dirección se compromete a garantizar la identificación, evaluación y control de peligros y riesgos presentes en todas las actividades desarrolladas en la organización, así como el mejoramiento continuo en su gestión de Prevención de Riesgos Laborales. Es una responsabilidad por convicción de todos los empleados de la compañía, que se refleja en el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en la legislación colombiana vigente. |
| Política de Proveedores | La CLINICA CHIA S.A. como entidad Acreditada, se compromete a procurar relaciones comerciales enmarcadas en el cumplimiento de nuestro modelo de atención y valores institucionales. |
| Política de Gestión De la Tecnología | La Clínica Chía S.A. se compromete a fortalecer la gestión de riesgos durante el desarrollo sistemático del ciclo de gestión de la tecnología y el de dispositivos médicos; asegurando la disponibilidad a todos nuestros usuarios. |
| Política de ambiente físico seguro | La Clínica Chía S.A. se compromete a velar por espacios físicos seguros, accesibles que promueva la salud en los colaboradores, pacientes, sus familias y comunidad. |
| Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol drogas | La CLINICA CHIA S.A se compromete a promover, prevenir y fomentar el bienestar de los colaboradores, contratistas, usuarios y familias que visitan las instalaciones físicas de la CLINICA CHIA S.A, ya que esto genera impactos negativos sobre la sociedad, el ambiente de trabajo y en las personas en su seguridad y condiciones de trabajo, debido a sus factores de riesgo asociado. |
| Política de autocuidado | La Clínica Chía S.A. se compromete a promover el autocuidado en el paciente, colaboradores y comunidad a través de estrategias de educación que busquen concientizar en estilos de vida saludable en pro de su propio bienestar. |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

3. RESEÑA HISTORICA.

En el año de 1992 siete médicos conocidos entre si se reúnen para evaluar la posibilidad de llevar a cabo el proyecto de crear una institución prestadora de servicios de Salud para el municipio de Chía.



Después de realizar los estudios de factibilidad del caso se pone en marcha el proyecto que se denominaría **CLINICA CHIA S.A.**

Sobre un lote de 2450 metros cuadrados estratégicamente ubicado se da inicio a la primera etapa del proyecto construyendo un área de aproximadamente 700 metros cuadrados; que desarrollaría los siguientes servicios: Urgencias, servicio de hospitalización, cirugía, sala de partos, laboratorio clínico e Imagenología básica todos los servicios serian de baja complejidad y las especialidades funcionarían por disponibilidad. En 1994 el gobierno nacional aprueba casi simultáneamente la LEY 100 y se hace necesario replantear el modelo de atención que se tenía concebido exclusivamente para pacientes particulares, dando ingreso a pacientes provenientes de las E.P.S y que hoy en día representan cerca del 90% de los pacientes atendidos en la Clínica.

En el año 2000 se tenía claro que CLINICA CHIA se había convertido en la I.P.S más importante del municipio, que resolvía el mayor número de urgencias y era el centro de remisión de pacientes de los municipios vecinos, es en este momento cuando se da inicio al desarrollo de la infraestructura física de la institución y se construye la SEGUNDA ETAPA de 700 metros cuadrados para poder mejorar el servicio ofrecido a los usuarios, se da apertura al AREA DE CONSULTA EXTERNA y se aumenta la oferta de hospitalización a 24 camas.

Pero acordes a nuestra **VISION** no podíamos quedarnos en ese punto y en el año 2004 damos inicio al proyecto de la **UNIDAD DE RECIEN NACIDOS** la cual se inaugura en abril de 2.005 con 9 cupos

Para el 2008, en el marco de mejoramiento continuo, se hace necesaria la ampliación del servicio de urgencias y se construye una nueva con acceso independiente construida sobre 500 metros cuadrados, para dar acogida a los cerca de 5000 usuarios que ingresan mensualmente a este servicio

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

constituyéndose en una **moderna central de urgencias** que mejora las dificultades de acceso e infraestructura detectadas.

Los cambios han estado ligados al aumento en la vinculación de personal con un exigente proceso de selección y capacitación del mismo que nos ayuda a garantizar la **CALIDAD** en la prestación del servicio.



Para abril de 2010, acorde con el proyecto de crecimiento institucional, CLINICA CHIA S.A. abre la prestación de servicios ambulatorios a través de sedes en Facatativá, posteriormente Chocontá, Tenjo y para segundo semestre del 2011 se programa la apertura de tres nuevas sedes: Mosquera, Tabio y Cajicá, para atención de consulta externa, dentro del marco de garantía de calidad que ha desarrollado la institución.

En el 2011 se da apertura a la unidad de cuidado intensivo adulto, respondiendo a las necesidades de la zona, creciendo en servicios de alta complejidad y que permitan una atención integral a nuestros pacientes, la cual se terceriza hasta marzo del 2012 en donde la Clínica Chía toma la operación de la unidad de cuidado intensivo adulto.

Debido al constante crecimiento institucional, la Clínica Chía trabaja día a día para que los servicios se presten con la mejor calidad, dando cumplimiento al sistema obligatorio de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud y de la Protección Social a través de la implementación del sistema único de habilitación en salud, el sistema de información, el PAMEC e implementando el sistema único de acreditación desde el año 2008 y logrando en el 2015 acreditar a través del ICONTEC 5 de las 17 sedes de la Clínica Chía ubicadas en los departamentos de Boyacá y Cundinamarca con un plan de presentación progresiva. Figura 1.

En el segundo semestre del 2016 se da apertura a través de una alianza estratégica, de la unidad renal con RTS, con tecnología de última generación convirtiéndose en un soporte importante para los pacientes que requieren este servicio, facilitando la accesibilidad y mejorando la disponibilidad en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

En el año 2018 y 2019 se realiza cambio de sedes ubicadas en Tunja y Sogamoso; logrando mejorar la capacidad instalada y la comodidad de nuestros



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

usuarios y en el año 2020 se realiza cambio de infraestructura de la sede de Zipaquirá 2.

Actualmente la Clínica Chía cuenta con 15 sedes ambulatorias con horarios acordes a las necesidades de nuestros usuarios y en la sede Hospitalaria con servicios de internación y urgencias las 24 horas.



Figura 1. Histórico sistema de Gestión de Calidad. Clínica Chía S.A.



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

4. RESULTADOS PAMEC VIGENCIA ANTERIOR

Gracias al trabajo de los equipos de mejoramiento, se identifican los siguientes logros y barreras:



| Grupo de estándar | logros | Barreras identificadas |
|-----------------------------|--|---|
| Direccionamiento y Gerencia | <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento del modelo de atención a través de la evaluación de paciente trazador PACO en todas las sedes. Actualización de contratación con aseguradoras bajo modelo de riesgo compartido, fortaleciendo la red de servicios integrales. Mayor participación y empoderamiento de la Junta Directiva. Lograr la acreditación de 10 sedes bajo la resolución 5095/2018 en el año 2019 por un periodo de cuatro años. Inicio de Proyecto institucional de acreditar la Clínica Chía como hospital Universitario en el año 2023. Las estrategias desarrolladas desde el Programa de Responsabilidad Social empresarial como son el Club de la Salud en Facatativá, la participación en el Banco de alimentos de la diócesis de Zipaquirá y el apoyo a la Fundación "Mi felicidad" ubicada en Chía. La Gestion del riesgo realizada debido a la emergencia sanitaria presentada en Colombia por la pandemia por COVID 19. | Recursos limitados por cartera en el sector salud. |
| Ambiente físico | <ul style="list-style-type: none"> Actualización y adecuación de servicios acorde a las nuevas normas de habilitación y a la gestión del riesgo por la emergencia sanitaria por COVID 19. Proyecto de certificar la Clínica Chía en gestión ambiental con la norma ISO 14001; con buenos resultados en el uso eficiente de recursos naturales. Uso seguro y óptimo de insumos. Mejoramiento en la infraestructura de sedes como Sogamoso, Zipaquirá 2, pasando a sedes mas amplias y mas cómodas para los usuarios. | Limitaciones en la capacidad instalada en la sede hospitalaria, de acuerdo a la demanda de servicios. |
| Gestión de la tecnología | <ul style="list-style-type: none"> Sistematización en red de las hojas de vida de los equipos biomédicos con todos los soportes que garantizan seguridad. Plan de renovación tecnológica con una inversión. Adquisición de software para entrega de resultados de | Recursos limitados por cartera en el sector salud. |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| | <p>imagenología a través de correo electrónico y código QR para comodidad de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> La Gestion de riesgos mediante la metodología AMFE de insumos y articulación con el INVIMA. | |
| Gerencia de la información | <ul style="list-style-type: none"> Integración de sedes ambulatorias. Continuando con el plan de Sistemas de Información se realizó la estandarización del cableado de red de datos en el 90% de las Sedes Ambulatorias, en donde se realizaron actividades para la organización del cableado e interconexión mediante redes VPN con la Sede Hospitalaria. Se mantienen herramientas de seguridad como el firewall de red PFsense, gestión en la instalación, actualización y control centralizado del antivirus Kaspersky, en todas las sedes de la Clínica Chía. Mejoramiento en la estructura de redes, seguridad informática y actualización de software de historias clínicas. | <p>Falta de interoperabilidad de sistemas de información.</p> <p>Software externos</p> |
| Gerencia del talento humano | <ul style="list-style-type: none"> Redefinición de las competencias institucionales, alineadas a los valores institucionales y al modelo de atención PACO. Mejora en los porcentajes de inducción, reinducción institucional. Gestion del riesgo del personal de salud debido a la emergencia sanitaria presentada en Colombia por COVID 19. | <p>Rotación de personal.</p> <p>Falta de profesionales en las zonas de prestación de servicios.</p> |
| PACAS | <ul style="list-style-type: none"> Programa de atencion segura en red con estrategias de despliegue en cada sede. Oportunidad de asignacion de citas de medicina general y odontologia como puerta de acceso a los servicios primarios. Porcentajes de cumplimiento en las metas de los Programas de promocion y prevencion que muestran grandes avances en la gestion integral de esta ruta de atencion. Participacion activa de los usuarios de las sedes de Clinica Chia en la gestion de quejas, a traves de la apertura de buzones y participacion en comites de etica hospitalaria. Implementacion de las rutas de atencion: Materno perinatal y de promocion y prevencion. | <p>Fallas en la apropiación del cliente interno.</p> <p>Falta de enfoque PHVA.</p> <p>Fallas en la accesibilidad de servicios especializados ambulatorios.</p> |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Implementar el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en CLÍNICA CHÍA S.A. acorde al sistema único de acreditación en salud.

5.2. Objetivos específicos:

- Implementar en los colaboradores el ciclo PHVA como herramienta básica de mejoramiento.
- Lograr que el componente de Auditoria sea el dinamizador de la cultura de calidad y del mejoramiento continuo de CLÍNICA CHÍA S.A.
- Fomentar la cultura del autocontrol, como estrategia de mejoramiento y calidad.
- Identificar en forma sistemática y periódica oportunidades de mejoramiento dándoles el tratamiento adecuado.



6. ALCANCE

El PAMEC se implementará en todos los servicios y sedes de la Clínica Chía S.A., teniendo en cuenta los procesos de atención de la organización y los servicios prestados y la implementación de los estándares de acreditación de la resolución 5095 del 2018 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

7. MARCO LEGAL

- Circular 00012 del 4 de agosto del 2016: En la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la circular 027 del 2007 y se imparten instrucciones para el PAMEC.
- Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- Resolución 5095 del 2018. Sistema Único de acreditación en Colombia.
- Resolución 256 de 2016. Sistema de información para la calidad.
- Ley 1438 del 2011.Reforma ley 100 de 1993.
- Resolución 3100 del 2019: Sistema único de Habilitación.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |



- Resolución 2082 del 2014.: Actualiza sistema único de acreditación y los ejes.
- Circular 027 del 2007: Circular Única de la súper salud.

8. CONCEPTUALIZACION.

- 8.1. Calidad de la atención en salud:** 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.
- 8.2. Mejoramiento Continuo de la calidad (MCC):** Comprende un conjunto de principios orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados.
- 8.3. Ciclo de mejoramiento o PHVA:** Es un método de mejora continua de la calidad en la administración de una organización. Consta de¹:
- **Planear (P):** Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
 - **Hacer (H):** Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.
 - **Verificar (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

¹ Ministerio de Salud. Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud. 2007.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- **Actuar (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido.

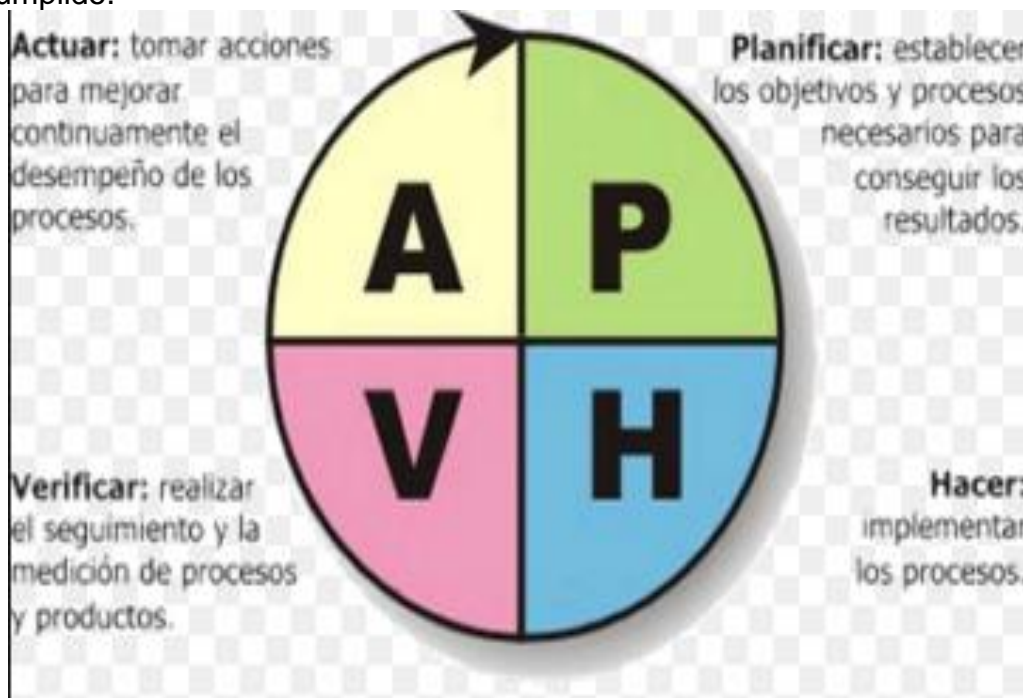




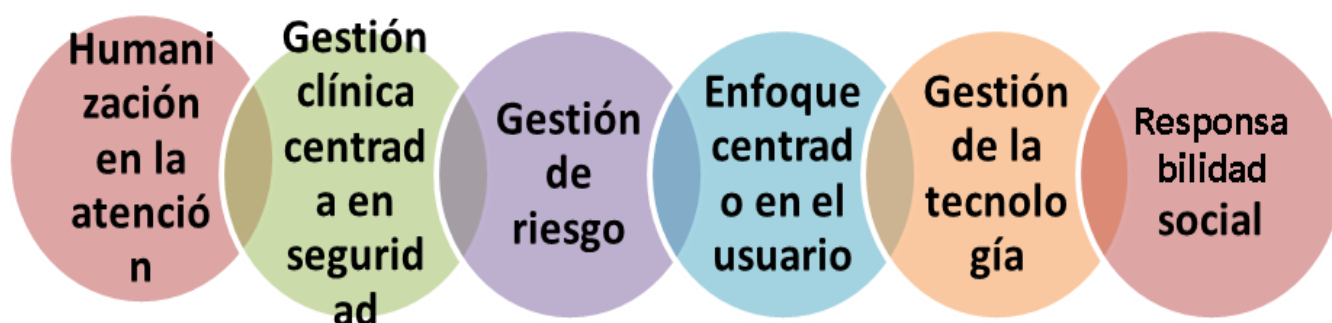
Figura 2. Ciclo PHVA.

8.4. Atención centrada en el paciente: Es el conjunto de esfuerzos dirigidos a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

8.5. Ejes de acreditación: Ejes trazadores en el sistema único de acreditación en salud.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |





TRANSFORMACION CULTURAL PERMANENTE: Comportamiento ético y transparente

Figura 3. Ejes de acreditación. Resolución 2082 del 2014. MPS

- **Atención centrada en el usuario:** Cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- **Gestión clínica excelente y segura:** cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso y generar resultados e impacto en términos de contribución a la salud y bienestar de la comunidad.
- **Humanización:** cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- **Gestión del riesgo:** Cuya meta es encontrar el equilibrio entre beneficio, riesgos y costos.
- **Gestión de la tecnología:** Cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- **Proceso de transformación cultural:** cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal, logrando un desarrollo sostenible y un actuar ético y transparente.
- **Responsabilidad Social:** Cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, el individuo y el medio ambiente que

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

contribuya a disminuir las inequidades y al mejoramiento de las condiciones de vida de las sociedades.

8.6. Auditoria en salud: mecanismo sistemático y continuo para la evaluación y mejoramiento de la calidad en los sistemas de salud, para mejorar el acceso a los servicios, la calidad de la atención en salud, generar eficiencia en la prestación de los servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera.

8.6.1. Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.



8.6.2. Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

9. RESPONSABLES DEL PROGRAMA.

Dada la complejidad de la Clínica Chía S.A., los servicios prestados y sus sedes ambulatorias, se establece para el desarrollo del PAMEC (programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad), la siguiente estructura básica de apoyo:

Recurso Humano: El líder del PAMEC es el Proceso de gestión de calidad, con apoyo de la Gerencia General, Subgerencia de gestión asistencial, Gerencia financiera y Talento humano.

| Responsables del PAMEC- Clínica Chía S.A. | |
|---|--|
| PHVA | Responsable |
| Planear | Subgerente de calidad. |
| Hacer | Equipos de autoevaluación de acreditación Líderes de procesos, servicios y sedes |
| Verificar | Equipos de autoevaluación de acreditación Líderes de procesos, servicios y sedes Comités institucionales |
| Actuar | Plan de acción de cada proceso, servicio y sede. |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Como estructura fundamental del programa de auditoría para el desarrollo de la calidad PAMEC, se establece la implementación de los grupos de mejoramiento de la calidad en los tres niveles definidos por el ICONTEC en el informe de autoevaluación, visita de otorgamiento de acreditación en salud, manual de estándares ambulatorios y hospitalarios, buscando promover la integración sistémica de los diferentes procesos y servicios de la Clínica Chía S.A., para que sean efectivos y eficientes, transformen la cultura organizacional y la mejora sea sostenible en el tiempo. Figura 4.

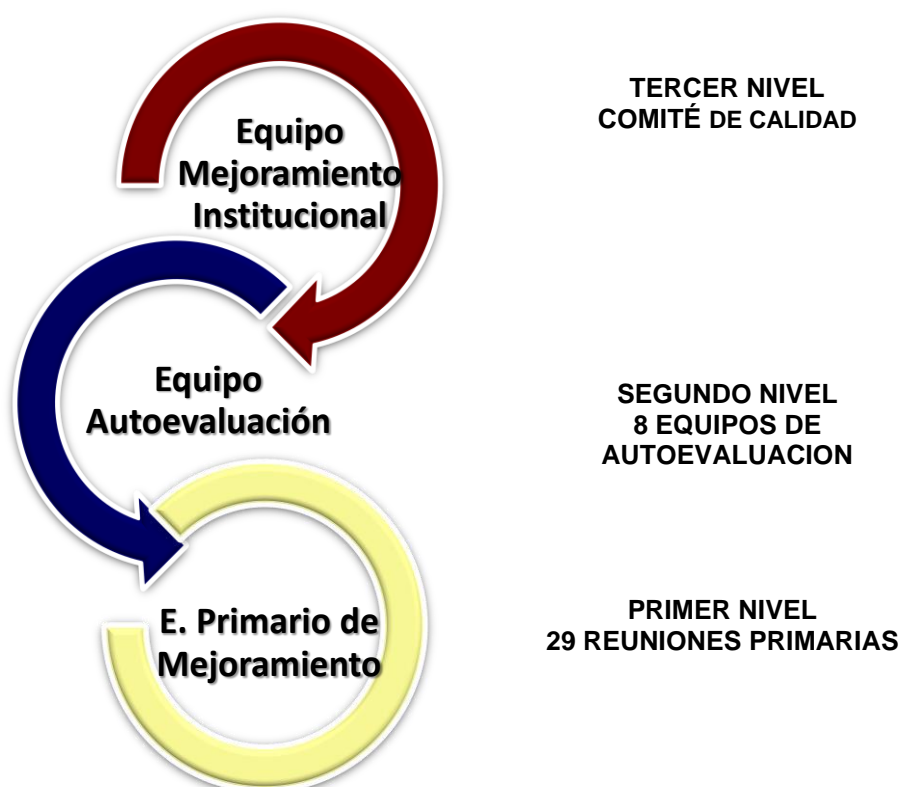




Figura 4. Niveles de mejoramiento. Fuente: ICONTEC 2012.

La Clínica Chía a partir del 2014, establece el mejoramiento a través de la implementación de grupos en los siguientes niveles:

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

9.1. Equipos Primarios de Mejoramiento.

Objetivo



Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento del Grupo de Estándares correspondiente, aplicables a las áreas, sedes o servicios que representan.

Función

1. Apoyar la gestión del Equipo de Autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
 2. Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios de acuerdo al plan de mejoramiento del grupo de estándares.
 3. Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento al Equipo de Autoevaluación del Grupo de Estándares correspondiente.
 4. Analizar y gestionar los resultados e indicadores de los servicios o sedes como escala primaria de mejoramiento.
 5. Gestionar los planes de mejora con las diferentes fuentes de información.
- Cada equipo de mejoramiento primario realizara sus actas en el software de calidad de acuerdo a la programación anual.

Estructuración

En la estructuración de los Equipos Primarios de Mejoramiento que apoyarán a los dos (2) Equipos de Autoevaluación de Estándares Asistenciales (Hospitalario y Ambulatorio), se tendrá en cuenta los servicios que se prestan y el nivel de complejidad en la sede principal y las sedes ambulatorias de la Clínica Chía S.A. Con base en los servicios Hospitalarios y Ambulatorios existentes en Clínica Chía S.A. se implementan los siguientes Equipos Primarios de Mejoramiento:

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- **Equipos Primarios de Mejoramiento Hospitalario.**

Cada equipo Primario de Mejoramiento Hospitalario cuenta con el líder del servicio, área o sede y se conformara principalmente por los colaboradores propios del área, servicio o sede, tanto administrativos como asistenciales. En caso de requerir asesoría o acompañamiento para revisión y articulación entre procesos, servicios, áreas o sedes, se dispondrá de los grupos secundarios de mejoramiento.

Los grupos que integran los equipos primarios de la Clínica Chía son:

Urgencias y hospitalización: integrado por líder del servicio de Urgencias y hospitalización y colaboradores asistenciales y administrativos de los servicios.

Urgencias Gineco-obstétricas: Integrado por líder del servicio de Ginecobstetricia y colaboradores asistenciales y administrativos del servicio.

Cuidados Intensivos adulto: integrado por líder del servicio de UCIA y colaboradores asistenciales y administrativos del servicio.

Cuidados Intensivos neonatales: integrado por líder del servicio de UCIN y colaboradores asistenciales y administrativos del servicio.

Cirugía: integrado por líder del servicio de Salas de Cirugía y colaboradores del servicio, de Esterilización, Anestesia y Cirugía Ambulatoria.

- **Equipos Primarios de Mejoramiento Ambulatorio:**



Cada equipo Primario de Mejoramiento ambulatorio cuenta con el líder del servicio, área o sede y se conformara principalmente por los colaboradores propios del área, servicio o sede, tanto administrativos como asistenciales.

En caso de requerir asesoría o acompañamiento para revisión y articulación entre procesos, servicios, áreas o sedes, se dispondrá de los grupos secundarios de mejoramiento. Los grupos que integran los equipos primarios de la Clínica Chía son:

Consulta externa: integrado por líder de servicio y sedes ambulatorias y colaboradores.

Odontología: integrado por líder de servicios de odontología y colaboradores asistenciales de los servicios de odontología de las sedes ambulatorias.

Habilitación y Rehabilitación: integrado por líder de Terapia Física y colaboradores de las sedes ambulatorias de la Clínica Chía.

| | | |
|---|--|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Laboratorio Clínico, transfusión sanguínea y patología: integrado líder de laboratorio clínico y colaboradores de tomas de muestras, laboratorio clínico y servicio de transfusión sanguínea.

Imagenología: integrado por líder de imagenología y colaboradores de los servicios asistenciales y administrativos.

Reunión operativa por cada sede ambulatoria: Liderada por cada coordinador de sede y la asistencia de personal administrativo y asistencial.

- Equipos Primarios de Mejoramiento de apoyo:**

Son los equipos de servicios o áreas de apoyo de acuerdo a nuestro mapa de procesos entre los cuales se encuentran:



Facturación.

Gestión financiera.



La estructura será la siguiente (tabla 1):

| No | Reuniones de primer nivel de mejoramiento- Hospitalarias | Periodicidad |
|----|--|--------------|
| 1 | Reunión operativa - Servicio Ginecobstetricia | Mensual |
| 2 | Reunión operativa - Enfermería | Mensual |
| 3 | Reunión operativa - Servicio Cirugía | Mensual |
| 4 | Reunión operativa - Servicio UCIA | Mensual |
| 5 | Reunión operativa - Servicio UCIN | Mensual |
| 6 | Reunión operativa - Rehabilitación y rehabilitación | Mensual |

| No | Reuniones de primer nivel de mejoramiento- Ambulatorias | Periodicidad |
|----|---|--------------|
| 1 | Reunión operativa - Sede 05 (Tunja) (I25) | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | |
|-----------|---|---------------------|
| 2 | Reunión operativa - Sede 06 (Chocontá) (I26) | Mensual |
| 3 | Reunión operativa - Sede 07 Zipaquirá 2 (I27) | Mensual |
| 4 | Reunión operativa - Sede 08 (Sogamoso 1) (I28) | Mensual |
| 5 | Reunión operativa - Sede 10 (Tenjo) (I30) | Mensual |
| 6 | Reunión operativa - Sede 11 (Mosquera) (I31) | Mensual |
| 7 | Reunión operativa - Sede 18 (Chía 2) (I38) | Mensual |
| 8 | Reunión operativa - Sedes Facatativá (Facatativá y Facatativá CAD) (I24, I35) | Mensual |
| 9 | Reunión operativa - Sedes Zipaquirá (Zipaquirá 1, Zipaquirá CAD) (I22,I33) | Mensual |
| 10 | Reunión operativa - Sede 03 (Chía 1) (I23) | Mensual |
| 11 | Reunión operativa - Servicio Consulta externa | Mensual |
| 12 | Reunión operativa- Sede Rehabilitación Chía y Rehabilitación Zipaquirá | Mensual |
| 13 | Reunión operativa - Servicio Imagenología | Mensual |
| 14 | Reunión operativa - Servicio Laboratorio Clínico | Mensual |
| 15 | Reunión operativa - Servicios odontológicos | Mensual |
| No | Reuniones de primer nivel de mejoramiento- De apoyo | Periodicidad |
| 1 | Reunión operativa - Departamento de Calidad | Mensual |
| 2 | Reunión operativa - Facturación y admisiones | Mensual |
| 3 | Reunión operativa - Financiera | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |  |
| Revisión: Cada dos años | Código: GC-PG.-0003-V15 | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | |
|---|---|---------|
| 4 | Reunión operativa - Sistemas de información | Mensual |
| 5 | Reunión operativa - Gestión administrativa | Mensual |

Tabla 1. Equipos primarios de mejoramiento. Clínica Chía S.A.

9.2. SEGUNDO NIVEL DE MEJORAMIENTO:

Se establecen 8 equipos de autoevaluación para acreditación en Clínica Chía s.a.

Equipos de Autoevaluación

Objetivo



Planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Función

1. Implementar las autoevaluaciones de los estándares de acreditación en salud en PHVA con su plan de mejora.
2. Apoyar el desarrollo de la gestión del Equipo de Mejoramiento Institucional.
3. Facilitar y apoyar la gestión del Equipo Primario de Mejoramiento.
4. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la Institución.
5. Reportar resultados de la gestión al Equipo de Mejoramiento Institucional.

Estructuración

| No | Nombre de la reunión- Equipos de autoevaluación | Periodicidad |
|----|--|--------------|
| 1 | Reunión de acreditación - Grupo de Direccionamiento y Gerencia | Mensual |
| 2 | Reunión de acreditación - Grupo de Gerencia del Talento Humano | Mensual |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | |
|---|---|---------|
| 3 | Reunión de acreditación - Grupo de Gerencia de la Información | Mensual |
| 4 | Reunión de acreditación - Grupo de Ambiente Físico | Mensual |
| 5 | Reunión de acreditación - Grupo de Gestión de la Tecnología | Mensual |
| 6 | Reunión de acreditación - Grupo de Estándares Ambulatorios | Mensual |
| 7 | Reunión de acreditación - Grupo de Estándares Hospitalarios | Mensual |
| 8 | Reunión de acreditación - Grupo de Sedes Integradas en Red | Mensual |

Tabla 2. Equipos de autoevaluación. Clínica Chía S.A.

9.3. TERCER NIVEL DE MEJORAMIENTO:



Equipo de Mejoramiento Institucional. **Comité de calidad.**

Objetivo

Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares de mejoramiento de acreditación.

Función:

1. Apoyar la gestión de mejoramiento Institucional desde las diferentes fuentes definidas en este programa (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
2. Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad.
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional.
4. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
6. Reportar resultados de la gestión al Director o Gerente de la Institución.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Estructuración:

El Equipo de Mejoramiento Institucional estará conformado por mínimo un integrante de cada equipo de autoevaluación; integrantes del proceso de calidad institucional y la Gerencia General.

10. CAPACITACIONES PAMEC.

Las capacitaciones sobre el sistema obligatorio de Garantía de calidad en salud, con sus componentes, incluido el PAMEC, estarán dirigidas a los líderes de procesos, servicios y sedes e integrantes de los equipos de autoevaluación de acreditación y comité de calidad. Se establece una periodicidad semestral, para las capacitaciones. Esta programación hace parte del cronograma PAMEC y del plan de capacitaciones institucional.



11. NIVELES DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

Nuestro PAMEC desarrolla los tres niveles de la Auditoria los cuales se explican a continuación incluyendo las estrategias diseñadas para cada uno de los mismos.

11.1. Autocontrol: Cada colaborador de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la Clínica Chía.

11.2. 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. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.



11.3. Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la Clínica Chía. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

12. PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.



Se establecen los siguientes planes de mejoramiento institucional, los cuales se sistematizan en el software suite visión- Modulo de mejoras:

| No | Planes de mejoramiento Suite visión |
|----|---|
| 1 | Informe Plan de Mejora Sistemas de Información |
| 2 | Informe Plan de Mejoramiento Administrativo y Ambiente Físico |
| 3 | Informe Plan de Mejoramiento Calidad |
| 4 | Informe Plan de Mejoramiento Call-Center |
| 5 | Informe Plan de Mejoramiento Direccionamiento y Gerencia |
| 6 | Informe Plan de Mejoramiento Enfermería |
| 7 | Informe Plan de Mejoramiento Epidemiología e Infecciones |
| 8 | Informe Plan de Mejoramiento Esterilización |
| 9 | Informe Plan de Mejoramiento Financiero |
| 10 | Informe Plan de Mejoramiento Gases Medicinales |
| 11 | Informe Plan de Mejoramiento Gestión Ambiental |
| 12 | Informe Plan de Mejoramiento Gestión Clínica |
| 13 | Informe Plan de Mejoramiento Gestión de la tecnología |
| 14 | Informe Plan de Mejoramiento Rehabilitación y Rehabilitación |
| 15 | Informe Plan de Mejoramiento Odontología |
| 16 | Informe Plan de Mejoramiento Programa de Promoción y protección |
| 17 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 02 (Zipaquirá) |
| 18 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 03 (Chía 1) |

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | |
|----|---|
| 19 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 04 (Facatativá) |
| 20 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 05 (Tunja) |
| 21 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 06 (Chocontá) |
| 22 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 07 (Zipaquirá 2) |
| 23 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 08 (Sogamoso 1) |
| 24 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 10 (Tenjo) |
| 25 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 11 (Mosquera) |
| 26 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 13 (Zipaquirá CAD) |
| 27 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 14 (Rehabilitación Chía) |
| 28 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 15 (Facatativá CAD) |
| 29 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 17 (Zipaquirá Rehabilitación) |
| 30 | Informe Plan de Mejoramiento Sede 18 (Chía 2) |
| 31 | Informe Plan de Mejoramiento Seguridad al Paciente |
| 32 | Informe Plan de Mejoramiento servicio de Cirugía |
| 33 | Informe Plan de Mejoramiento servicio de Consulta Externa |
| 34 | Informe Plan de Mejoramiento servicio de Ginecología |
| 35 | Informe plan de mejoramiento servicio de Imagenología |
| 36 | Informe Plan de mejoramiento servicio de Laboratorio clínico |
| 37 | Informe Plan de mejoramiento Servicio Hospitalización |
| 38 | Informe Plan de mejoramiento servicio UCI Adultos |
| 39 | Informe Plan de mejoramiento servicio UCI Neonatal |
| 40 | Informe Plan de mejoramiento servicio Urgencias |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | |
|----|---|
| 41 | Informe Plan de Mejoramiento SG-SST |
| 42 | Informe Plan de mejoramiento Talento Humano |

13.FUENTES DE MEJORAMIENTO:

Fuente de información cuyo análisis puede llevar a la identificación de una oportunidad de mejora.

Dentro del plan de mejoramiento de la Clínica Chía; se cuenta con varias fuentes de generación de acciones de mejora de autocontrol, auditoria interna y auditoria externa:

13.1. Fuentes de autocontrol:

Decisiones de Junta directiva.

Gracias al análisis realizado en los resultados presentados a la junta directiva de la Clínica Chía se establecen acciones de mejora en el direccionamiento estratégico y gerencia.

Revisoría Fiscal.

La revisoría fiscal se convierte en una herramienta útil en el seguimiento financiero institucional.



Gestión de Quejas y reclamos.

Mediante la gestión de quejas y reclamos presentados por los usuarios de la clínica Chía se establecen oportunidades de mejora.

Resultados de indicadores de satisfacción.

La Clínica Chía implementa la encuesta de satisfacción en cada servicio y sede con el fin de conocer la voz del usuario y de esta manera implementar acciones de mejora.

Resultado de los indicadores institucionales o sistemas de información

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Cada servicio o sede de la Clínica Chía establece un tablero de indicadores para realizar seguimiento a la gestión; en este se determinan las metas institucionales y cuando se presenta desviación del indicador se establecen oportunidades de mejora.

Autoevaluaciones de estándares de acreditación.

La Clínica Chía establece la implementación de la autoevaluación de los estándares de acreditación en los 11 procesos institucionales generando un plan de mejoramiento para lograr optimizar cuantitativa y cualitativamente el desarrollo de cada estándar.

Rondas de seguridad.

Las rondas de seguridad se convierten en una herramienta de mejoramiento eficaz que permite la verificación de los ejes de acreditación. Las rondas de seguridad de la Clínica Chía y las sedes ambulatorias hacen parte de la implementación del programa de atención segura y permiten implementar oportunidades de mejora transversales a las áreas administrativas y asistenciales.

Gestión de eventos de riesgo, complicaciones y eventos adversos.

El análisis de los eventos de riesgo, adversos y complicaciones permite establecer oportunidades de mejora que impactan en la seguridad de nuestros usuarios.

Comités institucionales o reuniones de procesos o servicios.



La gestión de los comités institucionales permite establecer planes de mejoramiento de acuerdo a los objetivos planteados.

Resultados de Aplicación de encuestas institucionales.

Los resultados de las encuestas institucionales aplicadas a nuestro grupo de colaboradores constituyen un insumo importante para mejorar la cultura organizacional gestionando acciones que mejoren los resultados.

Aplicación de listas de chequeo.

Cada líder de proceso aplica listas de chequeo de los procedimientos que más impactan en la atención, buscando verificar su adherencia en la implementación. Con estos resultados se retroalimenta al personal y se generan acciones de mejora enfocadas a mejorar su implementación. Adicional a esto, la epidemióloga y las auditoras aplican listas de chequeo como para control a los procedimientos

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

que generen mayor riesgo en nuestros pacientes: Lavado de manos, medidas de aislamiento, entre otras.

Referenciación competitiva.

Por medio de la referenciación con entidades acreditadas o asociaciones científicas se busca establecer las metas en nuestros estándares de calidad.

Mantenimiento preventivo y correctivo.

Las rondas de ambiente físico y reportes de mantenimiento correctivo son una fuente para el mejoramiento de este proceso.

Reportes internos de rondas.

De acuerdo al autocontrol realizado por líderes de la Clínica Chía, se establecen rondas periódicas para vigilancia, seguimiento y control.



13.2. Auditorías internas.

De acuerdo a la implementación del cronograma de auditorías internas de calidad, se detectan oportunidades de mejora; al igual que auditoría de cuentas médicas, auditoría financiera, auditoría en gases medicinales.

13.3. Auditorías externas.

Las aseguradoras y entes de control realizan seguimiento a los procesos asistenciales de la Clínica Chía con lo cual se detectan hallazgos que se incluirán en los planes de mejoramiento institucionales.

Y cualquier otra fuente de mejora que permita trazar y fijar metas institucionales.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |



14.DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA:

De acuerdo a los lineamientos del Ministerio de la Protección Social el Programa de auditoría de la clínica Chía S.A. se desarrollará implementando la RUTA CRÍTICA. Figura 5.

La Clínica Chía S.A. define que la implementación de la ruta crítica se realizara en un tiempo no inferior a un año para lograr avances en los estándares de acreditación, de acuerdo al cronograma PAMEC.



Figura 5. Ruta Crítica PAMEC.Fuente: ICONTEC 2013.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

14.1. AUTOEVALUACION

Es el diagnóstico inicial para implementar los estándares de acreditación en los 11 procesos de la Clínica Chía S.A. Identifica las oportunidades de mejora bajo en enfoque de los estándares de acreditación, buscando lograr altos niveles de calidad en los procesos misionales, de apoyo y de direccionamiento.

Se realizara la auto evaluación siguiendo las Pautas para la Auditoria del Mejoramiento de la Calidad emitidas por el Ministerio de Protección Social, tomando como patrón de referencia los **estándares de ACREDITACIÓN de la resolución 5095 del 2018**.

Metodología utilizada para la realización de la autoevaluación.

La realización de la autoevaluación del sistema único de acreditación se realiza mediante la conformación de grupos de trabajo interdisciplinarios para cada grupo de estándares.



Para la organización de los grupos de autoevaluación, el nivel directivo de la clínica ha desarrollado una función muy importante, coordinando la conformación de los equipos, garantizando la participación del personal y gestionando los recursos para el buen desarrollo del proceso.

Se escogieron colaboradores de todos los niveles de la clínica, los cuales se han caracterizado por tener una actitud manifiesta para colaborar con la institución en la consecución de niveles superiores de calidad con la misión de implementar la metodología de acreditación.

METODOLOGIA DE AUTOEVALUACION

Se debe iniciar el registro de las FORTALEZAS del estándar antes de calificar cuantitativamente para lograr objetividad en el resultado.

Cada grupo definido realiza la autoevaluación de los estándares de acreditación de acuerdo a la normatividad vigente utilizando la hoja radar que establece los siguientes lineamientos.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |



- Descripción del estándar a implementar, de acuerdo a la resolución 5095 del 2018.
- Registro de las fortalezas: En cada estándar de acreditación, se deben registrar claramente las fortalezas que en el momento de la autoevaluación ya se encuentren implementadas en el proceso. La descripción se debe realizar registrando:
 - **ENFOQUE** de las fortalezas implementadas para dar respuesta al estándar desde el direccionamiento estratégico y aterrizándolo en cómo se planeo su implementación.
 - **IMPLEMENTACION** como se realiza y como se socializo.
 - **RESULTADOS** de la implementación de las acciones.
- Registro de la calificación total: es el resultado cuantitativo de las variables del enfoque, implementación y resultado. Se tomara la calificación de la mayoría de los integrantes del equipo de autoevaluación, la cual se dará en un número entero.

Registro de resultados del enfoque, implementación y resultados: Para la calificación cuantitativa del estándar se establece una escala de 1 a 5 en cada variable: ENFOQUE, IMPLEMENTACION Y RESULTADO. Cada variable cuenta con criterios de evaluación que determina el grado de avances alcanzados de acuerdo a las estrategias implementadas en cada estándar.

Variables del enfoque: cuenta con tres variables: Sistemática y amplitud, proactividad y ciclo de evaluación y mejoramiento.

Variables de la implementación: Cuenta con dos variables: Despliegue en la institución y apropiación del cliente interno y externo.

Variables del resultado: Cuenta con cinco variables: Pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Registro de los SOPORTES DE LAS FORTALEZAS. En esta casilla se deben enumerar los soportes que muestren evidencia de las fortalezas descritas.
- Registro de las oportunidades de mejora: Describa las oportunidades de mejora buscando el mejoramiento de la calidad en el proceso con enfoque de disminuir las brechas presentadas en la seguridad del paciente, humanización del servicio y gestión del riesgo.

TIEMPO DE APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACION.

La autoevaluación será realizada por cada grupo, bajo responsabilidad del líder, en un tiempo no mayor a 4 meses; registrando en la hoja radar toda la información analizada y solicitada a excepción del seguimiento, que se realizara trimestralmente a partir de la fecha de implementación. La autoevaluación se cerrara cuando el plan de mejoramiento se haya implementado en más de un 80% o en menos de 2 años; para repetir el ciclo de la ruta.



En caso de no lograr los resultados en el seguimiento; el PAMEC se mantendrá vigente un año adicional; buscando la implementación de las oportunidades de mejora faltantes de las autoevaluaciones de acreditación y de la auditoria externa del ICONTEC.

FUNCIONABILIDAD.

Para la realización de la autoevaluación cada líder de grupo de acreditación deberá gestionar la asistencia de su grupo de colaboradores, en cuyo caso deberá informar a los jefes inmediatos para el cubrimiento de turnos y de esta manera no afectar la funcionabilidad de la Clínica o sedes ambulatorias.

14.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

La Clínica Chía S.A. por estar en constante proceso de mejoramiento, realizara la autoevaluación de los estándares de acreditación de todos sus procesos, para



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |  |
| Revisión: Cada dos años | Código: GC-PG.-0003-V15 | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

lograr mejora transversal de la organización y priorizando las oportunidades de mejora según escala de priorización del MPS.

Se define la priorización de estándares, así como de las oportunidades de mejora.
Ver siguiente Hoja.

|  | Resultados de autoevaluacion anual 2020 acreditacion en salud | | |  | |
|---|--|----------------------------|-----------------------|---|---|
| Grupo de estandares | Numero de estandares | Priorizacion de estandares | Calificacion obtenida | No de oportunidades de mejora | Priorizacion de oportunidades de mejora |
| Proceso de atencion al Cliente asistencial: (1-58) | 58 | 4 extremo | 3,1 | 29 | 12 extremo |
| | | 11 alto | | | 13 alto |
| | | 27 medio | | | 1 medio |
| | | 16 bajo | | | 3 bajo |
| Sedes integradas en red (59 al 75) | 17 | 0 extremo | 3,7 | 6 | 4 extremo |
| | | 3 alto | | | 2 alto |
| | | 14 medio | | | 0 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Direccionamiento (76 al 88) | 13 | 5 extremo | 3,6 | 8 | 2 extremo |
| | | 6 alto | | | 4 alto |
| | | 2 medio | | | 1 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Gerencia (89 al 103) | 15 | 6 extremo | 3,4 | 6 | 4 extremo |
| | | 7 alto | | | 2 alto |
| | | 2 medio | | | 0 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Talento humano (104 al 120) | 17 | 5 extremo | 3,4 | 7 | 5 extremo |
| | | 6 alto | | | 1 alto |
| | | 5 medio | | | 0 medio |
| | | 1 bajo | | | 0 bajo |
| Ambiente fisico (121 al 131) | 11 | 7 extremo | 3,5 | 4 | 2 extremo |
| | | 2 alto | | | 2 alto |
| | | 2 medio | | | 0 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Gestion de la tecnologia (132 al 141) | 10 | 4 extremo | 3,7 | 5 | 2 extremo |
| | | 3 alto | | | 2 alto |
| | | 3 medio | | | 1 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Gerencia de la informacion (142 al 155) | 14 | 7 extremo | 3,1 | 2 | 2 extremo |
| | | 7 alto | | | 0 alto |
| | | 0 medio | | | 0 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Estandares de mejoramiento: (156 al 160) | 5 | 1 extremo | 3,7 | 4 | 3 extremo |
| | | 2 alto | | | 1 alto |
| | | 2 medio | | | 0 medio |
| | | 0 bajo | | | 0 bajo |
| Total | 160 | 39 extremo | 3,46 | 71 | 36 extremo |
| | | 47 alto | | | 29 alto |
| | | 57 medio | | | 3 medio |
| | | 17 bajo | | | 3 bajo |

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

14.3. PRIORIZACION

Se realiza priorización inicial del estándar a través de la escala que evalúa:

Probabilidad: Que tan probable es que existan errores en el proceso (Estándar evaluado)

Impacto: Que puede provocar si llegase a existir errores

La priorización del estándar permitirá identificar los puntos del proceso que requieren mayor intervención.

Priorización de las oportunidades de mejora:



Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución.

Cada equipo deberá registrar la priorización de las oportunidades de mejora en el software suite visión módulo de mejoras.

Se decide implementar la escala de priorización del Ministerio de Protección social registrada en la Guía del mejoramiento continuo de la calidad 2016.

Las variables que miden la criticidad son:

- Factibilidad de la intervención
- Gravedad del efecto.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |




| Escala de priorizacion | | | | | | | | |
|---|------|---|--|---|------|---|---|------|
| Ubicación de los puntajes de factibilidad de intervencion y gravedad del efecto | | | | | | | | |
| FACTIBILIDAD DE INTERVENCION | ALTO | 4 | | | | | 4 | ALTO |
| | | 3 | | | | | 3 | |
| | BAJO | 2 | | | | | 2 | BAJO |
| | | 1 | | | | | 1 | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| | | | BAJO | | ALTO | | | |
| | | | GRAVEDAD DEL EFECTO | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | |  | | | | | |
| Fuente: Gestion del mejoramiento continuo de la calidad. MPS. 2016 | | | | | | | | |

Figura 6. Escala de priorización según el riesgo.MPS

La escala se compone de una calificación cuantitativa con puntajes de 1 a 4. Se aplica de acuerdo a los resultados obtenidos en la valoración del riesgo de la oportunidad de mejora y se multiplican entre sí.



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | |
|--|----------|--|
| Calificación: Factibilidad de la intervencion | 1 | Factible solo a largo plazo: Requiere un tiempo mayor a 6 meses para su intervencion. Debe contemplar la factibilidad economica y los recursos disponibles. |
| | 2 | Factible a mediano o largo plazo: Requiere un tiempo entre 3 y 6 meses para su intervencion. Debe contemplar la factibilidad economica y los recursos disponibles. |
| | 3 | Factible a corto plazo: requiere un tiempo entre 1 y 3 meses para su intervencion. Debe contemplar la factibilidad economica y los recursos disponibles. |
| | 4 | Muy factible a corto plazo: Requiere un tiempo inferior a un mes para su intervencion. Debe contemplar la factibilidad economica y los recursos disponibles. |

Tabla 1. Calificación escala de factibilidad de la intervencion.MPS

| | | |
|---|----------|---|
| Calificación: Gravedad del efecto. | 1 | Poco grave: No genera lesión para el paciente. No genera lesión para el trabajador. Riesgo mínimo para el entorno. Genera pérdida de calidad mínima en el proceso. Genera bajo costo. |
| | 2 | Moderadamente grave: Genera lesión sin pérdidas de tiempo importantes ni incapacidad para el paciente. Genera lesión sin pérdidas de tiempo importantes ni incapacidad para el trabajador. Riesgo moderado para el entorno. |
| | 3 | Grave: Genera lesión más incapacidad en el paciente. Genera lesión más incapacidad en el trabajador. Riesgo alto para el entorno. Pérdida de calidad importante o interrupción en el proceso que genera pérdida en la calidad. Genera costo significativo. |
| | 4 | Muy grave: Incapacidad permanente, muerte en el paciente. Incapacidad permanente, muerte en el trabajador. Riesgo muy alto para el entorno. Hay pérdida en la imagen institucional. Pérdida del proceso. Hay reprocesos por pérdida de la calidad. Genera un costo mayor. |

Tabla 2. Calificación escala de gravedad del efecto.MPS

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Las oportunidades de mejora se priorizarán así:

| Calificación | Priorización |
|----------------------|----------------|
| 1-3 puntos: Verde | Baja |
| 4-7 puntos: Amarilla | Medio-Moderado |
| 8-11 puntos: Naranja | Alto |
| 12 a 16 puntos: Roja | Extremo |

Tabla 3. Calificación escala de gravedad del efecto.MPS

Cabe anotar que esta priorización se realizará para iniciar la implementación de las acciones de mejora de los estándares con priorización alta antes del primer seguimiento de la autoevaluación, pero todos los estándares deberán trabajarse y están sujetos a plan de acción o mejoramiento.



| Calificación | Priorización | Tiempo |
|----------------------|----------------|------------------------------------|
| 1-3 puntos: Verde | Baja | Mas de 12 meses hasta los dos años |
| 4-7 puntos: Amarilla | Medio-Moderado | De 9 a 12 meses |
| 8-11 puntos: Naranja | Alto | De 3 a 9 meses |
| 12 a 16 puntos: Roja | Extremo | De 0 a 3 meses |

14.4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados.

Se realiza mediante la perspectiva de tres evidencias para la mejora:

1. Calidad esperada a través de la evaluación realizada por el ente acreditador del ICONTEC de cada uno de los grupos de estándares, con meta de mejoramiento de al menos 1 punto en cada evaluación.
2. Calidad esperada de acuerdo a la calidad obtenida en años anteriores, para lo cual la Clínica Chía se traza la meta de mejora en base a sus indicadores históricos que muestran el comportamiento de los servicios prestados.



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |  |
| Revisión: Cada dos años | Código: GC-PG.-0003-V15 | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Referenciación competitiva, la cual se realiza a través de visitas a entidades, Referenciación a través de página web o correo electrónico o a través de niveles de evidencia demostrados.
- Calidad esperada de acuerdo a los lineamientos de los entes de control y normatividad vigente.

En los años anteriores, la Clínica Chía implemento la ruta crítica de los estándares de acreditación; logrando una mejora cuantitativa en los resultados de las autoevaluaciones realizadas. Tabla 4.

**Resultados de evaluaciones internas y externas de estándares de
acreditación.
Clínica Chía S.A.**

| Calificación Global Obtenida | I Autoevaluación | II Autoevaluación | III Autoevaluación | IV Autoevaluación | I Autoevaluación | II Autoevaluación |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | Resolución 1445/2016 | | | | Resolución 123/2012 | |
| Autoevaluación | 2,39 | 2,91 | 3,51 | 3,83 | 3,3 | 3,4 |
| Evaluación ICONTEC | NA | NA | 2,79 | 3,2 | 3,4 | 3,6 |
| Año | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2018 |



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |  |
| Revisión: Cada dos años | Código: GC-PG.-0003-V15 | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| Grupo de estándares | Autoevaluación 5095 2020 | ICONTEC 2019 Nuevo ciclo | ICONTEC 2021 |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| PACAS | 3,2 | 3,6 | 3,5 |
| Ambiente físico | 3,7 | 3,7 | 3,6 |
| Gestión de la tecnología | 3,8 | 3,8 | 3,6 |
| Talento humano | 3,5 | 3,5 | 3,6 |
| Gerencia de información | 3,3 | 3,4 | 3,3 |
| Direccionamiento | 3,8 | 3,8 | 3,9 |
| Gerencia | 3,7 | 3,7 | 3,8 |
| Estándares de mejoramiento | 3,7 | 3,7 | 3,6 |
| ESTANDAR | Total, autoevaluación | ICONTEC 2019 Nuevo ciclo | ICONTEC 2021 |
| CALIFICACION GLOBAL | 3,60 | 3,61 | 3,6 |

Tabla 4. Resultados de autoevaluación Acreditación. Clínica Chía S.A.

En el año 2021 el ICONTEC realiza visita de seguimiento a 10 sedes de Clínica Chía, bajo la nueva norma de habilitación resolución 5095, logrando mantener la acreditación con una calificación global de 3,6, con presentación progresiva de las sedes faltantes.

De igual forma, cada equipo de autoevaluación plantea los indicadores de seguimiento acorde a los requerimientos de cada estándar de acreditación, los cuales se discriminan por sede, servicio o área para lograr un resultado institucional.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Resultados autoevaluaciones vs visitas ICONTEC - Clínica Chía.

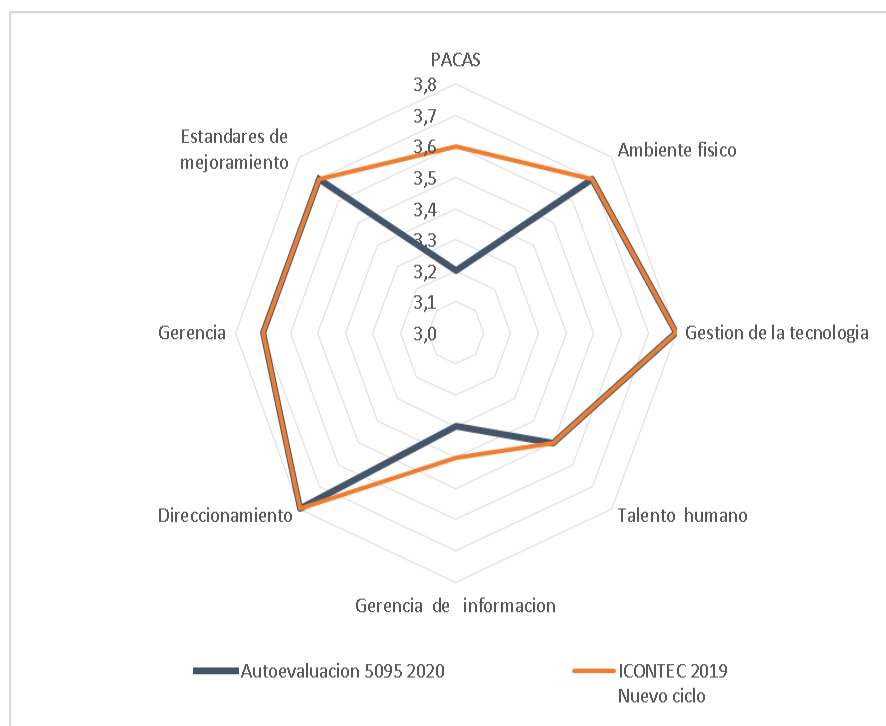




Figura 8. Resultados autoevaluaciones resolución 5095/2018 Clínica Chía S.A.

Teniendo en cuenta que se define como calidad esperada la contenida en los manuales de acreditación; la Clínica Chía S.A. define que la calidad esperada para el año 2022 en la implementación de los estándares de acreditación es de 3,6 en la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación y de un 80% en la implementación de los planes de mejoramiento en su último seguimiento, Con el objetivo de realizar monitoreo se definieron indicadores para cada grupo de estándares. En la figura 8 podemos observar los resultados de las 2 autoevaluaciones comparados con la meta institucional.

14.5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Se planteará en este paso de la ruta crítica el seguimiento a través de la hoja radar la cual nos da una calificación cuantitativa y cualitativa del desempeño de

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

cada estándar teniendo en cuenta las tres variables de evaluación: ENFOQUE, IMPLEMENTACION Y RESULTADO.

Se realizara seguimiento:

1. Por cada líder en las reuniones de autoevaluación con periodicidad mensual, registrando los avances logrados.
2. Por calidad a nivel central de planes de acción de acreditación en el software de calidad cada 6 meses.

La medición del desempeño se realiza a través de los indicadores del proceso y su tendencia.

14.6. PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS PRIORIZADOS



Los responsables de cada equipo de autoevaluación, al igual que los líderes de procesos y servicios establecen planes de acción que permitan cerrar brechas y los registran en el formato establecido.

El plan de mejoramiento que resulta de la implementación de los estándares de acreditación se realiza mediante la implementación de la matriz 5W2H; parte de la definición de las acciones de mejoramiento, priorización, causas de que estas acciones se encuentren sin implementar la definición de oportunidades de mejora específicas, barreras para su implementación definición de responsables, fechas de inicio- cierre de las acciones y registro del seguimiento realizado.

Para el año 2018, los planes de mejoramiento institucional se sistematizarán a través del software suite visión en el módulo de mejoras; buscando un seguimiento en red de las sedes de Clínica Chía.

Cada líder de proceso, servicio o sede será el responsable de realizar el análisis de los hallazgos y definición y seguimiento de las acciones planeadas.

El seguimiento de las acciones implementadas se realizará por medio del autocontrol de cada líder y con el seguimiento del proceso de calidad, quien verificara la implementación de las oportunidades de mejora.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

De acuerdo a los hallazgos, cada líder de proceso, servicio o sede deberá realizar el análisis de las causas de la oportunidad de mejora detectada, el cual se podrá realizar mediante las metodologías establecidas por la Clínica Chía.

14.7. EJECUCION DEL PLAN DE ACCION



Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en este. La autoevaluación se planifica para ejecución a un año, con porcentajes de seguimiento semestral según tabla siguiente.

El seguimiento se realizará a través del módulo de mejoras, en donde cada líder deberá ir registrando sus avances.

El proceso de calidad revisara cada 6 meses los avances como para control.

| ESCALA DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE ACCION ACREDITACION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Escala de semaforizacion de planes de mejora | Primer seguimiento autoevaluacion Primer semestre | Segundo seguimiento autoevaluacion segundo semestre | Tercer seguimiento autoevaluacion Tercer semestre | Cuarto seguimiento autoevaluacion cuarto semestre |
| VERDE | Mayor al 40% | Mayor al 60% | mayor al 80% | mayor al 80% |
| | Actividades priorizadas en mas del 60% de ejecucion | Actividades priorizadas cerradas | NA | NA |
| AMARILLO | 21-39% | 51-59% | 61-79% | 61-79% |
| | Actividades priorizadas entre 40 y 60% | Actividades priorizadas entre 40 y 60% | NA | NA |
| ROJO | Menor al 20% | Menor a 50% | Menor al 60% | Menor al 60% |
| | Actividades priorizadas menor a 40% de ejecucion | Actividades priorizadas menor a 40% de ejecucion | NA | NA |

Tabla 5. Escala de cumplimiento y semaforización de cumplimiento plan de mejora autoevaluación de acreditación. Clínica Chía S.A.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

14.8. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO

Se realizara la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas y seguimiento a la implementación de las mejoras por parte de los diferentes líderes. La evaluación va enfocada a medir la brecha entre calidad deseada y observada antes y después de la aplicación del plan de mejoramiento.

14.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional es el proceso mediante el cual las entidades, grandes o pequeñas, públicas o privadas, transforman información en conocimiento, lo difunden y explotan con el fin de incrementar su capacidad innovadora y competitiva.

Desde el plan de comunicaciones se implementa un informe de gestión institucional en donde se presentarán los avances significativos de cada proceso con alcance a clientes internos y externos (Balance social).



15.REPORTES INTERNOS Y EXTERNOS.

15.1. Reportes internos:

El seguimiento al PAMEC debe ser entregado por los equipos de autoevaluación semestralmente en el formato estandarizado para cada equipo de autoevaluación con resultados objetivos. Este seguimiento se realizará en compañía del proceso de calidad y se deberán llevar los soportes y evidencias en una carpeta.

15.2. Reportes externos:

El seguimiento a PAMEC se enviará semestralmente a los entes de control que lo solicitan, como la Gobernación de Boyacá. Este documento también es exigible en las visitas de habilitación de cada una de las sedes de Clínica Chía S.A. Adicional a este reporte, se dará cumplimiento al reporte de la resolución 256 y la circular 012.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

16. METODOLOGIAS DE ANALISIS DE INFORMACION.

Se establecen las siguientes metodologías de análisis para Clínica Chía y sus procesos transversales:

16.1.1. METODOLOGIA DE LOS 5 POR QUE.

Los 5 por qué es un método seguido para identificar y profundizar en las causas que originan un problema y encontrar, en el mismo nivel de profundidad las soluciones correspondientes.²

La técnica de los 5 porque es un método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo de los 5 porque es determinar la causa raíz de una oportunidad de mejora.

Para implementar esta metodología, cada líder de proceso debe realizar las preguntas de por qué se presentó la oportunidad de mejora; profundizando hasta llegar a la causa raíz y de esta manera implementar acciones de mejora enfocadas a eliminar la causa raíz. Esta metodología se utilizara para análisis de incidentes o eventos de riesgo presentados.

16.2. METODO DE ISHIKAWA O ESPINA DE PESCADO.(Diagrama causa efecto)

El diagrama de Ishikawa es una metodología de análisis utilizada para resolución de problemas complejos, de incidentes o eventos de riesgo.³



Para la Clínica chía se instauraron 7 variables en el diagrama causa efecto o espina de pescado que influyen en el desarrollo de los procesos:

- **EQUIPOS:** Relacionadas con uso de equipos biomédicos, software, hardware, equipos de apoyo hospitalario.

² <http://inn-edu.com/Calidad/AnalisisCausal.pdf>

³ <http://www.elakotxokoa.com/preven/cuerpo-legis/metodo%20ishikawa-espina%20de%20pescado.pdf>

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.



| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- **TALENTO HUMANO:** Relacionado con acciones propias del personal; omisión, error, falta de entrenamiento, persona no idónea.
- **METODO:** Relacionado con fallas en los procedimientos, protocolos, guías, manuales.
- **MATERIAL:** Relacionado con fallas en materiales o insumos.
- **MEDICION:** Relacionado con desviación de indicadores.
- **ENTORNO:** Relacionado con fallas en el entorno; fallas en la comunicación, trabajo en equipo.
- **PACIENTE Y FAMILIA:** Fallas presentadas por falta de adherencia u omisiones relacionadas con el paciente y su familia: fallas en la adherencia a tratamiento o auto cuidado.

Este tipo de análisis de causas se aplicara en el análisis de eventos de riesgo e indicadores de la Clínica Chía S.A.

Las causas identificadas serán documentadas en el formato de plan de mejora en el cual se incluye la documentación de las acciones de mejora de acuerdo con el caso y las cuales llevan a los correspondientes planes de mejoramiento.

Se utiliza como metodología el análisis causa raíz aplicando el instrumento **Formato espina de pescado (Figura 8)**, en el cual se analiza la incidencia de cada uno de los elementos y su acción conjunta para que ocurra del evento.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

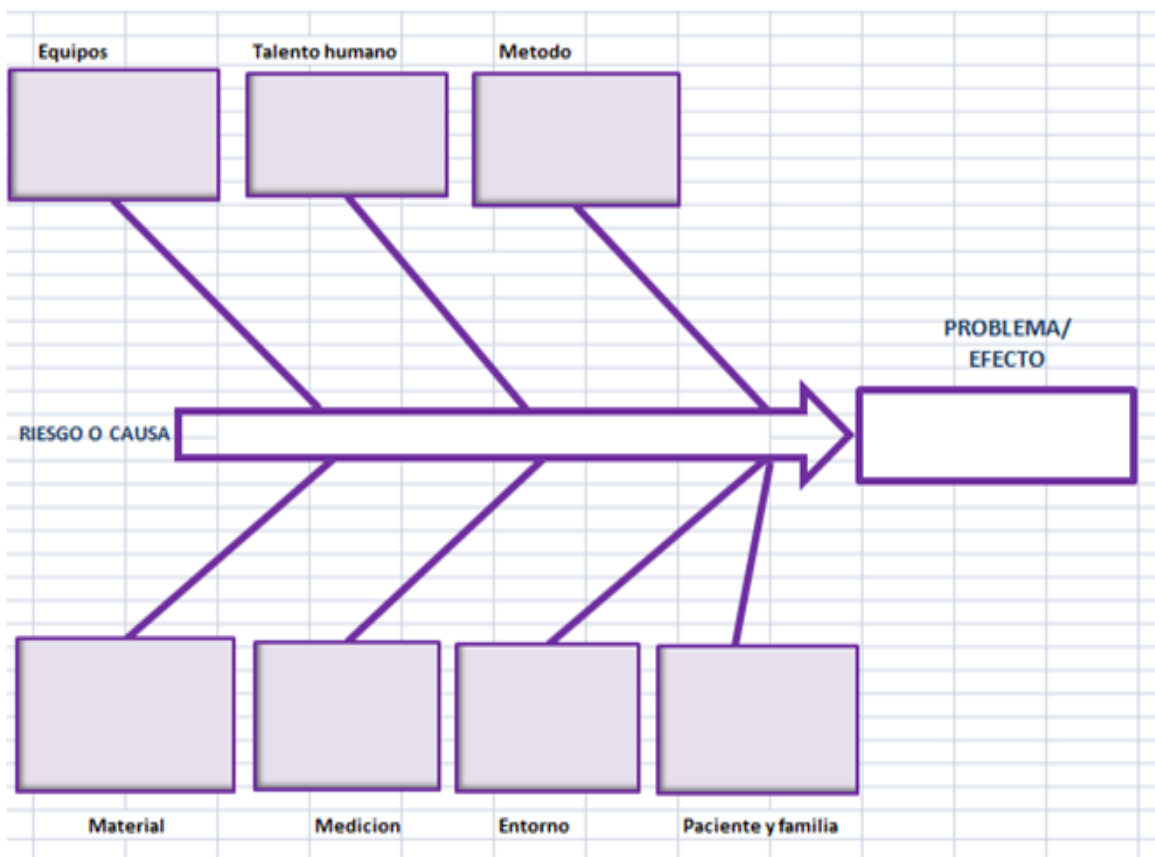


Figura 8. Gráfico de espina de pescado para análisis de eventos de riesgo, Clínica Chía



16.3. METODOLOGIA DE PROTOCOLO DE LONDRES

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”.

Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla. Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito⁴.

⁴ http://www.essalud.gob.pe/defensoria/guia_protocolo_Laboratorio/protocolo_Londres.pdf
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Protocolo%20de%20Londres%20Investigaci%C3%B3n%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20incidentes%20cl%C3%ADnicos.pdf>

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Esta metodología se utilizara en la evaluación y análisis de los eventos adversos de la Clínica Chía y sedes ambulatorias.

Los planes de mejoramiento se desarrollaran por sede, proceso y servicio de acuerdo a la metodología establecida, con cierre cada año.



MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLINICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nucleares, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico – asistenciales. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (Figura 9).





Figura 9. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos. James Reason.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barra y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Éstas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; con conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. A la cabeza de los factores contributivos, están los del paciente. En cualquier situación clínica, las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto, física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. Por este motivo, todo el personal de salud debe entender que sus acciones propenden de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

A continuación se nombran factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica. ⁵Tabla 5.

| ORIGEN | FACTOR CONTRIBUTIVO |
|-------------------------|--|
| PACIENTE | Complejidad y gravedad |
| | Lenguaje y comunicación |
| | Personalidad y factores sociales |
| TAREA Y TECNOLOGIA | Diseño de la tarea y claridad de la estructura |
| | Disponibilidad y uso de protocolos o GPC |
| | Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas |
| | Ayudas para la toma de decisiones |
| INDIVIDUO | Conocimiento, habilidades y competencia |
| | Salud física y mental |
| EQUIPO DE TRABAJO | Comunicación verbal y escrita |
| | Supervisión y disponibilidad de soporte |
| | Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.) |
| AMBIENTE | Personal suficiente |
| | Mezcla de habilidades |
| | Carga de trabajo |
| | Patrón de turnos |
| | Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos |
| | Soporte administrativo y gerencial |
| | Clima laboral |
| | Ambiente físico (luz, espacio, ruido) |
| | Recursos y limitaciones financieras |
| ORGANIZACIÓN Y GERENCIA | Estructura organizacional |
| | Políticas, estándares y metas |
| | Prioridades y cultura organizacional |
| | Económico y regulatorio |
| CONTEXTO INSTITUCIONAL | Contactos externos |



Tabla 5. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación, debe precisarse si éste es de naturaleza vertical (Residente con especialista, médico rural con medico general, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

En la práctica diaria, las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras,

⁵ http://www.essalud.gob.pe/defensoria/guia_protocolo_Laboratorio/protocolo_Londres.pdf

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”.



16.4. METODOLOGIA ALGORITMO DE NARANJO.

Es un algoritmo utilizado para realizar el análisis de la relación de causalidad, entre la administración del medicamento y la generación de EAM (Evento adverso relacionado con el uso del medicamento).

Utiliza 10 preguntas que se responden con Si o No, se desconoce y no aplica. De las respuestas se asignan puntos que la suma de estos corresponde a un grado de causalidad: Tabla 6.

| Análisis de causalidad - Naranjo/OMS | | | | |
|--------------------------------------|--|----|----|---------|
| Item | ALGORITMO DE NARANJO | SI | NO | NO SABE |
| 1 | ¿Existen estudios previos acerca de esta reacción? | +1 | 0 | 0 |
| 2 | ¿Apareció el efecto adverso después de la administración del medicamento? | +2 | -1 | 0 |
| 3 | ¿Mejora el paciente cuando se suspende el medicamento, o bien se administra un antagonista específico? | +1 | 0 | 0 |
| 4 | ¿Aparece de nuevo la reacción cuando se readministra el medicamento? | +2 | -1 | 0 |
| 5 | ¿Existen causas alternativas, distintas a medicamentos que podrían haber causado la reacción? | -1 | +2 | 0 |
| 6 | ¿Aparece de nuevo la reacción al administrar placebo? | -1 | +1 | 0 |
| 7 | ¿Se detectó el medicamento en sangre (o otros fluidos) en concentraciones sabidas como tóxicas? | +1 | 0 | 0 |
| 8 | ¿La reacción fue de mayor severidad cuando se incrementó la dosis o menos severa cuando se la disminuyó? | +1 | 0 | 0 |
| 9 | ¿Tuvo el paciente una reacción similar al mismo medicamento o similar en una exposición anterior? | +1 | 0 | 0 |
| 10 | ¿Se confirmó el efecto adverso por alguna evidencia objetiva? | +1 | 0 | 0 |
| Calificación final: | | | | |
| Definida: | 9 puntos o mas | | | |
| Probable: | Entre 5 y 8 puntos | | | |
| Posible: | Entre 1 y 4 puntos | | | |
| Dudosa: | Menor a 1 punto | | | |

Tabla 6. Algoritmo de naranjo.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

16.5. METODOLOGIA DE FALLO TERAPEUTICO

Esta metodología se utiliza en casos de fallos terapéuticos, muy ligado al programa de farmacovigilancia en seguridad del paciente.



Para los programas de Farmacovigilancia es un evento de interés cuando se refiere a una falla inesperada de un fármaco para producir el efecto deseado que podría ser explicada por el uso inadecuado de medicamentos o problemas biofarmacéuticos.

La notificación de Fallas terapéuticas puede ser relevante en grupos farmacológicos con potencial desarrollo de resistencia (antimaláricos, antituberculosos, antirretrovirales), productos biotecnológicos, medicamentos de manejo complejo (quimioterapéuticos, anticoagulantes orales, anticonvulsivantes, inmunomoduladores, anestésicos, formas farmacéuticas sofisticadas), de interés en salud pública (vacunas, anticonceptivos y otros tratamientos hormonales) o las innovaciones terapéuticas.

La universidad Nacional de Colombia propone un algoritmo específico para la evaluación sistemática de las notificaciones de Fallos Terapéuticos que permita promover una adecuada notificación e intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos.

Instrucciones: Forma y Método de aplicación de esta metodología.

- Lea con atención cada una de las preguntas y cada nota al pie de página.
- El algoritmo para analizar Fallo Terapéutico es fácil de utilizar, consta de 10 preguntas ligadas a las opciones de respuesta (Sí, No o No se sabe). Cada pregunta está ligada a una nota al pie que contiene información aclaratoria y/o guía sobre los aspectos relacionados con cada pregunta.
- Cada dominio (o factor) y su (s) pregunta (s) está relacionado con una categoría de causalidad.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Para hacer el análisis de las notificaciones se recomienda hacer una lectura rápida del caso de Fallo terapéutico previa a la aplicación del algoritmo, esto con el fin de facilitar la identificación de datos.

| Evaluación Notificación Fallo Terapéutico como Evento Adverso | | | | |
|---|---|----|----|------------|
| FACTORES/ DOMINIOS | PREGUNTAS O ITEMS | Sí | No | No se sabe |
| 1. Farmacocinética | 1. ¿El FT se refiere a un fármaco de cinética compleja? ⁶ | | | |
| 2. Condiciones clínicas del paciente | 2. ¿El paciente presenta condiciones clínicas que alteren la farmacocinética? ⁷ | | | |
| 3. Uso del medicamento | 3. ¿El medicamento se prescribió de manera adecuada? ⁸ | | | |
| | 4. ¿El medicamento se usó de manera adecuada? ⁹ | | | |
| | 5. ¿El medicamento requiere un método específico de administración que requiere entrenamiento en el paciente? ¹⁰ | | | |



⁶ Si el fármaco tiene: estrecho margen terapéutico, circulación enterohepática, cinética de orden cero u otra característica farmacocinética especial, incluido el polimorfismo genético de la isoenzima CYP2D6.

⁷ Si el paciente presenta alteraciones en la función Hepática y/o renal, obesidad, desnutrición, deshidratación, edema, quemaduras o cirugía de resección gástrica y/o duodenal, alteraciones y/o enfermedad gastrointestinal, embarazo, edades extremas o cualquier condición que altere el ADME (Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción) del fármaco.

⁸ Si el medicamento tuvo: una indicación adecuada, dosis adecuada y/o ajustes de dosis, vía de administración adecuada y si se administró durante el tiempo indicado.

⁹ Si se usó adecuadamente en dosis e intervalos recomendados y si se administró de manera adecuada y durante el tiempo indicado, para lo cual se debe tener en cuenta si hubo adherencia, si se maceró o trituró y si se administró con agua u otro líquido.

¹⁰ Si el medicamento requiere de una intervención específica y/o entrenamiento específico para su uso y administración.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 4. Interacciones | 6. ¿Existe potenciales interacciones? ¹¹ | | | |
| 5. Otros factores relacionados con el mecanismo de acción del fármaco | 7. ¿Existen otros factores asociados al mecanismo de acción del fármaco que pudieran explicar el FT? ¹² | | | |
| 6. Competencia Comercial | 8. ¿La notificación de FT se refiere explícitamente al uso de un medicamento genérico o una marca comercial específica? ¹³ | | | |
| 7. Calidad | 9. ¿Existe algún problema biofarmacéuticos estudiado? ¹⁴ | | | |
| | 10. ¿Existen deficiencias en los sistemas de almacenamiento del medicamento? ¹⁵ | | | |

Tabla 7. Evaluación del Fallo terapéutico.

CATEGORÍAS DE CAUSALIDAD

Marque en el círculo según su grado de acuerdo con la inclusión y definición de cada una de las categorías de causalidad.

¹¹ Cuando el paciente consume por lo menos dos medicamentos, y se documenta potencial interacción farmacocinética (cualquier condición que altere el ADME -Absorción, Distribución, Metabolismo y Excreción- del fármaco) y/o farmacodinámica (relacionada con la disminución de la acción farmacológica) y/o incompatibilidad fisicoquímica (estas son reacciones que se producen in vitro, antes de la administración del medicamento y producen inactivación de los fármacos a administrar). Estas interacciones pueden ser Fármaco-Fármaco, Fármaco-Alimento y Fármaco-Fitoterapéutico (F-F, F-A, F-PFT).



¹² Si el fármaco es un opioide u otro que en la literatura reporte tolerancia. Si el fármaco es un anestésico u otro que en la literatura reporte taquifilaxia. Si el fármaco es un anticonvulsivante u otro que en la literatura reporte refractariedad. Si se trata de Resistencia a un antimicrobiano (antiviral, antirretroviral, antibiótico, antimicobacteriano, antiparasitario, antimalárico, antimicótico) y/o a un biotecnológico o quimioterapéutico.

¹³ Se sugiere en este caso indagar información adicional como cambio de proveedor en una institución particular, normas de adquisición que establezcan sanciones por notificación o ingreso al mercado de un nuevo competidor, notificaciones de FT de un mismo sitio y/o que se refieran a un mismo medicamento de un productor particular.

¹⁴ Cuando al medicamento se le han realizado pruebas y/o se han divulgado alertas de calidad (por agencias regulatorias), pruebas de biodisponibilidad y/o se tienen dudas sobre falsificación (medicamento falsificado es todo aquel producto etiquetado indebidamente, de manera deliberada y fraudulenta en lo que respecta a su identidad o fuente, para este caso se caracteriza por la ausencia de principios activos terapéuticos) o adulteración (esta se caracteriza por envases apócrifos y/o ingredientes incorrectos o bien, principios activos en dosis insuficientes). También cuando se sospecha que el medicamento tuvo una inadecuada preformulación (diseño y producción).

¹⁵ No se cumplen condiciones de temperatura, humedad, iluminación, cadena de frío.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |



| | |
|---|--|
| Posiblemente asociado al uso del medicamento Si la notificación se refiere a un fármaco de cinética compleja, estrecho margen terapéutico y manejo especial y/o se logra documentar su uso inadecuado, causas clínicas que alteren la farmacocinética y/o se logra documentar interacciones farmacocinética (F-F, F-A, F-PFT) y/o farmacodinámica y/o incompatibilidad fisicoquímica. Estas interacciones pueden ser Fármaco-Fármaco, Fármaco-Alimento y Fármaco-Fitoterapéutico. (Esta categoría se relaciona con los dominios: 1, 2, 3 y 4) | |
| Posiblemente es la efectividad de la intervención Si no se encuentra justificación diferente que explique el fallo terapéutico y se han descartado problemas biofarmacéuticos. Puede estar relacionado con resistencia parcial, total, natural o adquirida a la terapia, tolerancia, refractariedad, taquifilaxia y resistencia documentada en la literatura. (A esta categoría se asocia al dominio 5). | |
| Notificación posiblemente inducida Si la notificación se refiere explícita y exclusivamente al uso de un medicamento genérico y/o si existen notificaciones similares de un mismo medicamento y/o de una misma institución. (A esta categoría se asocia al dominio 6). | |
| Posiblemente asociado a un problema biofarmacéuticos (calidad) Si habiendo descartado uso inadecuado, causas clínicas que alteren la farmacocinética e interacciones; se encuentran análisis de calidad con no conformidades, estudios de biodisponibilidad para fármacos con cinética compleja, y/o alerta de agencias regulatoria, se establecen deficiencias en los sistemas de almacenamiento y/o se tienen dudas sobre falsificación o adulteración. (A esta categoría se asocia al dominio 7). | |
| No se cuenta con información suficiente para el análisis Si el caso de Fallo Terapéutico no cuenta con la información suficiente para el análisis. | |

Tabla 8. Categorías de causalidad.

16.6. METODOLOGIA DE ANALISIS DE LAS DEMORAS.

Es un modelo analítico planteado por el instituto Nacional De Salud que permite planear intervenciones en diferentes momentos para reducir la mortalidad materna y perinatal; allí se abordan barreras traducidas en demoras que están relacionadas con las causas no médicas que intervienen en las muertes maternas y perinatales.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

A continuación se relacionan las posibles demoras que se pueden detectar durante el proceso que condujo a la muerte. Figura 10.

Sin embargo, debido a que esta metodología se aplica consistentemente en la gestión clínica, la Clínica Chía S.A. decide adoptarla para el análisis de complicaciones, casos de mortalidad y otro tipo de casos clínicos. Las siguientes son las demoras que se analizan:

Demora 1. Oportunidad del reconocimiento del problema

Demora 2. La toma de decisión y la acción

Demora 3. El acceso a la atención médica y la logística de referencia

Demora 4. La calidad de la atención médica (deficiencias de los servicios de salud

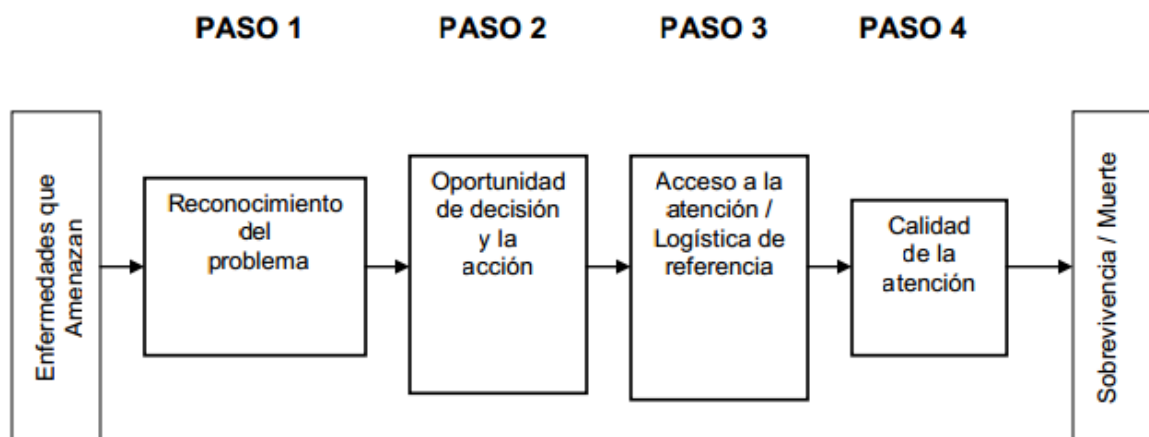




Figura 10. Metodología: “ruta de la vida-Camino a la supervivencia”. Fuente: Instituto Nacional de salud.

DEMORA 1. Reconocimiento del problema. En este aspecto se pueden enumerar algunos ejemplos:

- Se reconoce el problema con prontitud por parte del paciente.
- El paciente reconocía los factores de riesgo durante el proceso de su enfermedad (signos y síntomas de peligro)
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud del paciente.

A nivel institucional:

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Acceso a la atención en la clínica.
- Intervención oportuna por parte del equipo asistencial.

DEMORA 2. Oportunidad de decisión y la acción

- Se presentaron inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoraron la decisión de solicitar Atención.

A nivel institucional:

- Diagnóstico oportuno.
- Oportunidad de ayudas diagnósticas.
- Oportunidad de interconsultas.
- Oportunidad en ingreso a otros servicios: interdependencia.

DEMORA 3. Acceso a la atención / Logística de referencia

Inaccesibilidad geográfica o por orden público

Falta de estructura vial y de comunicaciones

Factores económicos dificultaban el traslado

No hubo el acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.

Remisión oportuna

DEMORA 4. Calidad de la atención

Tratamiento médico adecuado y oportuno.

Calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo.

Personal suficiente y capacitado para la atención.



Evaluación y cumplimiento de protocolos.

Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.

Programas de promoción y prevención ineficientes.

Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender al paciente.

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

Atención en niveles no acordes a su gravedad.
Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio, etc.).
Deficiente historia clínica.
Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.



16.7. Metodología AMFE.

El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un procedimiento de análisis de fallos potenciales en un sistema de clasificación determinado por la gravedad o por el efecto de los fallos en el sistema.

La finalidad de un AMFE es eliminar o reducir los fallos, comenzando por aquellos con una prioridad más alta. Puede ser también utilizado para evaluar las prioridades de la gestión del riesgo. El AMFE ayuda a seleccionar soluciones que reducen los impactos acumulativos de las consecuencias del ciclo de vida (riesgos) del fallo de un sistema (fallo).

En el año 2014, se establece esta metodología para dispositivos médicos desde el programa de tecnovigilancia; en el año 2015; se define la implementación a través del programa de Gestión de riesgos, implementándola en riesgos priorizados con riesgo alto; y para el año 2018, se establece como metodología de gestión del riesgo para eventos reiterativos de tecnovigilancia.

Se establecen las siguientes escalas de evaluación, considerando que se utiliza inicialmente la escala del Ministerio de Protección social:

| | | |
|--|---|---|
|  CLINICA CHIA <small>SU IPS AMIGA</small> | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  Clínica Chía Con Calidad |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Probabilidad de ocurrencia: estimación de la probabilidad de que se presente la falla.

OCURRENCIA DE LA FALLA

| Calificación | Categoría | Criterio |
|--------------|-----------|---|
| 1 | Remota | Casi nunca ocurre |
| 2 | Baja | Ocorre raramente (ej., anualmente) |
| 3 | Moderada | Ocorre poco frecuentemente (ej., mensual) |
| 4 | Alta | Ocorre frecuentemente (ej., semanal) |
| 5 | Muy alta | Casi siempre ocurre (ej., diario) |



Tabla 9. Escala de valoración de Probabilidad.

- Severidad: estimación de la severidad del evento adverso sobre el paciente si la falla se presenta.

SEVERIDAD DEL EFECTO DE LA FALLA SOBRE EL PACIENTE

| Calificación | Categoría | Criterio |
|--------------|------------|---|
| 1 | Inocua | Sin daño al paciente |
| 2 | Menor | Daño temporal al paciente; monitoreo o intervención menor es requerida. |
| 3 | Moderada | Daño temporal al paciente; hospitalización inicial o prolongada es requerida. |
| 4 | Importante | Daño permanente menor al paciente |
| 5 | Severa | Daño permanente mayor o muerte |



Tabla 10. Escala de evaluación de severidad AMFE.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

- Probabilidad de detección: estimación de la probabilidad de que la falla detectada antes de presentar un EA

| DETECTABILIDAD DE LA FALLA | | |
|----------------------------|-----------|---|
| Calificación | Categoría | Criterio |
| 1 | Muy alta | El error será siempre detectado (95-100%) |
| 2 | Alta | El error será frecuentemente detectado antes de que llegue al paciente (75-94%) |
| 3 | Moderado | El error no será detectado frecuentemente antes de llegar al paciente (40-74%) |
| 4 | Baja | El error raramente será detectado antes de llegar al paciente (6-39%) |
| 5 | Remota | La detección no será posible en ningún punto del sistema. (0-5%) |

Tabla 11. Escala de valoración de probabilidad AMFE.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD |  |
| Revisión: Cada dos años | Código: GC-PG.-0003-V15 | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

17. CRONOGRAMA PAMEC.

Se establece el siguiente cronograma para el desarrollo de la ruta crítica: Tabla 12.





| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|--|---|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|------------------------------|-----------|---|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--|--|
|  | | PROCESO: Gestion de calidad | | | | | | | | | | | | CÓDIGO: GCF0014V02 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| CRONOGRAMA PAMEC 2022- 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELABORÓ | | | | REVISO | | | | | | | | | | | | APROBÓ | | | | | | | | | | | | | |
| Firma: Yadira Moyano | | | | NOMBRE: Comité de calidad y acreditacion | | | | | | | | | | | | Firma: Hernando Ospina Castañeda | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: Subgerente de calidad | | | | CARGO: Integrantes Comité de calidad y acreditacion | | | | | | | | | | | | Cargo: Gerente General | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: 06/01/2021 | | | | FECHA:Marzo 2021 | | | | | | | | | | | | Fecha: Marzo 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES | | | | 2022 | | | | | | | | | | | | 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | | |
| Inicio de autoevaluacion resolucion 5096 del 2018(Vigencia de dos años) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revision y ajuste de equipos de mejoramiento institucional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACION Acreditacion a equipos de autoevaluacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Implementacion de mejoras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visita de seguimiento ICONTEC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitorizacion de oportunidades de mejora ICONTEC y autoevaluacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguimiento de avances de implementacion de mejoras autoevaluacion acreditacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentacion de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de pAMEC a entes de control y seguimientos cada seis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reporte PAMEC Circular 0012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reporte Resolucion 256 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabla 12. Cronograma PAMEC 2022-2023.Clinica Chía S.A.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años | | Proceso: Calidad |
| ELABORO | REVISO | APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

18.INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

Para seguimiento al cumplimiento del PAMEC a nivel Transversal se implementan los siguientes indicadores para la toma de decisiones:

- 18.1. Porcentaje de cumplimiento de reuniones de primer, segundo y tercer nivel de mejoramiento documentadas en el software de calidad. Periodicidad: mensual.
- 18.2. Porcentaje de cumplimiento de ejecución de los planes de mejora de equipos de autoevaluación. Periodicidad: Semestral.

19.PRESUPUESTO.

Se planifica un presupuesto aproximado anual de 500,000 para implementación de PAMEC.



20.VIGENCIA.

Este programa tiene una vigencia de 2 (dos años) a partir de la fecha de aprobación.

21.BIBLIOGRAFIA.

1. <http://www.elakotxokoa.com/preven/cuerpo-legis/metodo%20ishikawa-espina%20de%20pescado.pdf>
2. http://www.essalud.gob.pe/defensoria/guia_protocolo_Laboratorio/protocolo_Londres.pdf
3. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Protocolo%20de%20Londres%20Investigaci%C3%B3n%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20incidentes%20cl%C3%ADnicos.pdf>
4. <http://www.acreditacionensalud.org.co/>
5. Instituto nacional de salud. Protocolo de vigilancia y control de muerte materna y perinatal. (2011). Recuperado de:

La información contenida en el presente formato es propiedad de la CLINICA CHIA S.A. Chía/Cundinamarca - Colombia. ES SECRETA Y CONFIDENCIAL. Las personas que lo reciben son responsables por su seguridad y prevención del uso indebido.

| | | |
|---|---|---|
|  | PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Código: GC-PG.-0003-V15 |  |
| Revisión: Cada dos años ELABORO | REVISO | Proceso: Calidad APROBO |
| Firma: Yadira Moyano | Firma: Comité de calidad | Firma: Hernando Ospina C. |
| Cargo: Subgerente de Calidad | Cargo: Integrantes de la reunión | Cargo: Gerente general |
| Fecha: 04/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 | Fecha: 23/02/2022 |

<http://190.26.195.115/saludpublica/Protocolos/MORTALIDAD%20PERINATAL%20NEONATAL.pdf>

6. http://es.wikipedia.org/wiki/An%C3%A1lisis_modal_de_fallos_y_efectos.
7. Glosario terminología de calidad. Recuperado de:
http://www.expero2.eu/expero1/hypertext/documenti/govaq/GLOSARIO_DE_TERMINOLOGIA SOBRE CALIDAD.pdf
8. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Ministerio de la Protección Social Colombia. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>