



**MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL**



**COMANDO GENERAL
FUERZAS MILITARES**



Al contestar cite este número

Radicado N°0122010715702 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS-23.1

DIRECTIVA PERMANENTE

Bogotá D.C., 19 de Septiembre de 2022

PARA: Dirección de Sanidad del Ejército, Dirección de Sanidad Naval, Jefatura Salud de la Fuerza Aérea y Establecimientos de Sanidad Militar.

ASUNTO: Metodología para la Implementación de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del SSFM.

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social en el Decreto 780 del 2016, en la "Parte 5 – Reglas para Aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud" en el "Capítulo 4 – Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud" se establecen las implicaciones generales de los procesos de auditoria obligatorio para las EAPB y de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Adicionalmente, en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este Título, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales¹, sin embargo, y a partir de lo anterior, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ha incorporado como estrategia de fortalecimiento el desarrollo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, siendo este un proceso de autocontrol, de continua evaluación y mejoramiento, donde se identifican las oportunidades de mejora que se presentan en los servicios ofrecidos y las acciones necesarias para fortalecer las fallas latentes identificadas en la institución².

Los objetivos de mejoramiento deben estar centrados en el usuario, comparando la calidad observada respecto a la calidad deseada, detectando las desviaciones (brecha) que se

¹ Tomado de Decreto Único 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

² Tomado Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de Protección Social.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



presentan entre estas, para así elaborar, implementar y realizar seguimiento a los planes de mejoramiento y proceder a la mejora continua, con el fin de brindar en el SSFM una atención en salud segura y pertinente para todos los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).

Adicionalmente, el autocontrol y la auditoría interna generan el mejoramiento continuo hacia la integración de los procesos para responder al usuario y mantener la implementación de los comités de obligatorio cumplimiento, los cuales se encargan de analizar y evaluar los resultados de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones de utilización, las encuestas de satisfacción realizadas internamente en el SSFM sobre los usuarios atendidos, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de atención. Teniendo en cuenta lo anterior y el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se considera que estos son un mecanismo que permiten el seguimiento a los procesos relevantes y transversales, contribuyendo a la retroalimentación de la calidad con la implementación de acciones correctivas o preventivas.

Por lo anterior, el Sistema de Calidad en Salud del SSFM, adoptó la política de seguridad del paciente, la cual tiene como objetivo prevenir situaciones que afecten la seguridad del usuario, minimizar y controlar la ocurrencia de eventos adversos para tener instituciones seguras, por lo que se crea la estrategia y se implementa la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud con enfoque de Seguridad del Paciente, cuya prioridad es fortalecer la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Se debe aclarar, que la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en Salud es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento, el cual permite identificar las fallas durante la prestación de servicios, logrando mitigar las brechas entre lo observado y las metas de cumplimiento, por medio de la implementación de actividades de evaluación y seguimiento, como lo es la participación activa en los diferentes comités, como medida de detección y control, permitiendo hacer el monitoreo de fallas identificadas disminuyendo la diferencia en la calidad observada y la esperada, con el fin de mantener un mejoramiento continuo de los procesos priorizado.

La presente Directiva Permanente será implementada por la Dirección General de Sanidad Militar, DISANES (Ejército y Naval), JEFSA y Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados del SSFM a partir de su aprobación, la cual será aplicada de manera anual y con reportes de avances trimestrales, dentro de los tiempos programados en el cronograma.

Este documento será modificado según las necesidades apremiantes que se presenten durante la prestación de los servicios de salud en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y será implementado a partir de la fecha de aprobación.

1. GLOSARIO

Atención en salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud³.

³ Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora⁴.

Alianza con el profesional de la salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados⁵.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios⁶.

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios⁷.

Cultura de seguridad: Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente⁸.

Enfoque de atención centrado en el usuario: Lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje en el que giran todas las acciones de seguridad del paciente⁹.

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso¹⁰.

Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud: Es un proceso de auditoria compuesto por actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios¹¹.

⁴ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

⁵ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

⁶ Tomado del Decreto Único 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

⁷ Tomado del Decreto Único 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

⁸ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

⁹ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

¹⁰ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

¹¹ Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de Protección Social.





Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra¹².

Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias¹³.

Sistema de Calidad en Salud: Se define como el conjunto de normas, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos para planear, mantener y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud¹⁴.

2. OBJETIVO

Implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, mediante la autoevaluación y monitoreo de la calidad observada (autoevaluación cualitativa) respecto a la calidad esperada (lo solicitado en cada uno de los estándares), alineado con la política de seguridad del paciente del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con el fin de fortalecer la prestación de los servicios de salud, reduciendo los riesgos durante la atención y logrando la satisfacción del usuario frente al servicio recibido.

3. ALCANCE

La presente Directiva Permanente rige a partir de la fecha de expedición, derogando la Directiva transitoria N°03 del 25 de junio de 2019.

El alcance de la presente Directiva Permanente, se aplicará en los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados por cada una de las DISANES y JEFSAs, el cual se alinea con la política de seguridad del paciente del SSFM, con el fin de mantener el mejoramiento del sistema de información para la calidad, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales y el fortalecimiento de la auditoria y las buenas prácticas de seguridad del paciente, con el respectivo seguimiento por parte de las DISANES (EJC – NAVAL), JEFSAs y DIGSA, dando cumplimiento al cronograma de reporte y análisis trimestral, realizando el seguimiento y control para cada uno de los estándares que se encuentran por debajo de la calidad esperada.

4. NORMATIVIDAD APLICABLE

- Constitución Política de Colombia 1991.
- Ley 352 de 1997. Por el cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
- Ley 1751 de 2015 "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

¹² Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

¹³ Tomado Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la Republica de Colombia 2008.

¹⁴ Tomado Acuerdo 071 de 2019 Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento del sistema de gestión, en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Ministerio de Defensa Nacional.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Ley 1795 de 2000. Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Congreso de la República de Colombia.
- Decreto 780 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFM.
- Acuerdo No 002 de 2001 "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".
- Acuerdo No 010 de 2001 "Por el cual se adiciona el Acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP que establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial".
- Acuerdo 070 de 2019. Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Ministerio de Defensa Nacional.
- Acuerdo 071 de 2019. Por el cual se fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento del sistema de gestión, en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Ministerio de Defensa Nacional.
- Acuerdo 080 de 2022 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la policía Nacional".
- Directiva Permanente N°02 de 2018. "Directrices para el mantenimiento del componente de Capacidad Tecnológica y científica del Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares".
- Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud". 2010. Ministerio de Protección Social.
- Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. 2010. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. 2008. Ministerio de Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFM.
- Pautas de Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Ministerio de Salud y Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFM.
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Ministerio de Salud y Protección Social. Adaptar lo correspondiente y aplicable al SSFM.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Política de Seguridad del Paciente del SSFM, 2021. MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-PC.95.1-1.

5. DISPOSICIONES GENERALES

- El Sistema de Calidad en Salud del SSFM, en la actualidad cuenta con la adaptación de los lineamientos a partir de la normatividad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero con los ajustes inherentes a la misión propia de las Fuerzas Militares como régimen de excepción, con el propósito de acogerse voluntariamente a los parámetros y los métodos basados en la evidencia científica, así como con las metodologías del mejoramiento continuo.
- La Dirección General de Sanidad Militar, las Direcciones de Sanidad Ejército, Sanidad naval, Jefatura Salud Fuerza Aérea y los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados para la implementación del AMEC, deben contar con un profesional en salud especialista en auditoría en salud, auditoría de garantía de la calidad en salud, administrador en salud o afines (Militar, Planta o Prestador de servicios), responsable del cumplimiento de actividades propias para la implementación, seguimiento y control de sistema de calidad en salud para el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación de servicios de salud.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del SSFM, debe implementarse por cada DISAN (EJC – NAVAL), JEFSa y en los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados, teniendo en cuenta el inicio de la ruta crítica hasta el cierre de esta. Los ESM deben realizar el reporte trimestral, a su respectiva DISAN y/o JEFSa, quienes a su vez deben analizar los avances de las acciones implementadas en cada ESM y realizan el reporte al Sistema de Calidad en Salud de la DIGSA, donde se realizará el seguimiento y retroalimentación de los resultados del AMEC.
- Considerando que los servicios de salud ofertados por los ESM del SSFM, deben propender por la prestación de servicios de salud seguros, La Dirección General de Sanidad Militar, luego de realizar la respectiva auditoría de Calidad en Salud y verificar el incumplimiento de requisitos mínimos de la Capacidad Tecnológica y Científica, procederá a cerrar el servicio que incumpla criterios que pongan en riesgo la salud o la vida de los usuarios del Subsistema de Salud de la Fuerzas Militares.

Por lo tanto, hasta que no se realicen las acciones correctivas para la eliminación del riesgo que conlleve al cierre de dicho servicio, el ESM será responsable de elaborar y dar cumplimiento con un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios de salud a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas.

Para la reapertura del servicio, el ESM solicitará a la Dirección General de Sanidad Militar la auditoría de Calidad en Salud para el seguimiento y verificación del cumplimiento de los criterios de capacidad tecnológica y científica por los cuales se definió la conducta de cierre y recibir la autorización correspondiente para la continuidad de la prestación de dicho servicio.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

6. LINEAMIENTOS

La Dirección General de Sanidad Militar realiza la actualización de lineamientos de acuerdo a las políticas nacionales, con destino a la Dirección de Sanidad Ejército, Dirección de Sanidad Naval y Jefatura Salud Fuerza Aérea, para el mantenimiento del Sistema de Calidad en Salud de la red interna, mediante la actualización de la Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, el cual debe estar a cargo del coordinador de Calidad en Salud del ESM (o quien haga sus veces), promoviendo de forma transversal una cultura de seguridad, por medio de un conjunto de estrategias y mecanismos que permitan identificar factores de riesgo y mitigarlos, para mejorar de forma continua y progresiva la atención en salud de los usuarios del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares.

Es por esto, que se adoptan, unifican y establecen los criterios aplicados a las necesidades propias de este régimen de excepción para facilitar el despliegue de las acciones de mejoramiento continuo, teniendo en cuenta lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

La Dirección General de Sanidad Militar, a través del Sistema de Calidad en Salud, brindará asesoría técnica, verificará en forma general y acompañará a las Direcciones de Sanidad (EJC – NAVAL), JEFSa y sus Establecimientos de Sanidad Militar, el desarrollo de actividades propias de la AMEC, como parte del mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

6.1. Misiones Particulares

6.1.1. Dirección General de Sanidad Militar

- Emitir parámetros y lineamientos, para la implementación de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (AMEC), propio para el régimen de excepción del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con enfoque en los criterios de la Política de Seguridad del Paciente del SSFM.
- Socializar a las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa la presente Directiva Permanente.
- Formular el cronograma de cumplimiento de actividades para iniciar y dar cierre a la implementación del AMEC en el periodo anual establecido.
- Capacitar, asesorar y realizar el seguimiento a los resultados del AMEC, con respecto al cumplimiento de la presente Directiva Permanente y su aplicación en los Establecimientos de Sanidad Militar, a través de las Direcciones de Sanidad, Dirección de Sanidad Naval y Jefatura Salud Fuerza Aérea.
- Retroalimentar a las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa, de manera trimestral (teniendo en cuenta los reportes realizados por estas), los resultados de la aplicabilidad y cumplimiento del AMEC, generando conocimiento de los avances de este.
- Realizar el análisis y cierre de la implementación del AMEC en la vigencia verificada con el reporte de cumplimiento.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Verificar mediante las auditorías de calidad en Salud, que los Establecimientos de Sanidad Militar cumplan con el desarrollo de la ruta crítica del AMEC.

6.1.2. Direcciones de Sanidad Ejército, Naval y Jefatura Salud Fuerza Aérea

- Socializar, capacitar y brindar la asesoría técnica que requieran los Establecimientos de Sanidad Militar, con el fin de dar cumplimiento de la presente Directiva Permanente.
- Verificar la implementación, desarrollo, seguimiento y control al cumplimiento de la totalidad de la ruta crítica del AMEC en los Establecimientos de Sanidad Militar responsables de su aplicación.
- Verificar y aprobar los soportes documentales para cada paso de la ruta crítica implementada en los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados para su aplicación.
- Verificar y consolidar los soportes del cumplimiento de las acciones de mejora formuladas en el plan de mejoramiento del AMEC en los Establecimientos de Sanidad militar.
- Consolidar la información suministrada por los Establecimientos de Sanidad Militar y generar un informe de análisis trimestral y de cierre con los resultados y/o novedades presentadas, remitido a la Dirección General de Sanidad Militar, dando cumplimiento al cronograma establecido para el desarrollo del AMEC.
- Realizar seguimiento trimestral del AMEC, desde el inicio de su implementación hasta el cierre total de la ruta crítica; a partir del resultado de este, realizar el seguimiento y análisis de la pertinencia de su aplicación, identificando la disminución o no de la brecha entre la calidad esperada frente a la calidad observada.
- El desarrollo de la ruta crítica es de un ciclo anual, el cual debe presentar un cierre total para poder iniciar una nueva ruta, el cual contiene unos periodos de reporte trimestrales. Cada ciclo de implementación del AMEC, debe tener un informe con el análisis en el que se reportan la brecha entre la calidad observada y la esperada (meta), de la totalidad de los criterios incluidos y los avances pertinentes para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.
- Enviar a la Dirección General de Sanidad Militar al área de Calidad en Salud, los soportes del cumplimiento, avance y seguimiento del AMEC en los tiempos establecidos, descritos en el cronograma del presente documento, previa verificación del cierre de rutas anteriormente aplicadas en vigencias anteriores dentro de la prestación de los servicios de salud en los ESM; Recordar la política de cero papel, razón por la que se solicita que los soportes documentales deben ser enviados por correo electrónico o medio magnético.
- Propender los recursos necesarios para mantener la continuidad del talento humano idóneo y responsable que lidera el proyecto de mejoramiento continuo, así como los demás recursos necesarios para la implementación y desarrollo del mismo.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.

6.1.3. Establecimientos de Sanidad Militar

- Socializar y capacitar a los funcionarios del ESM, con el fin presentar la Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en Salud, dando cumplimiento e implementación a la presente Directiva Permanente.
- Ejecutar y dar cumplimiento a la presente Directiva Permanente, al interior de los Establecimientos de Sanidad Militar en el que se implementará.
- Los integrantes que conforman el Comité de Calidad en Salud, teniendo en cuenta el Anexo N°4 de la presente Directiva, son los encargados de realizar el seguimiento del desarrollo y cumplimiento de la ruta crítica del AMEC, adicionalmente, socializar y brindar la asesoría necesaria al personal bajo su mando para la aplicación de la presente Directiva Permanente.
- Una vez se socialice la presente Directiva Permanente, se dará inicio inmediato a la implementación de la ruta crítica, teniendo previa verificación y seguimiento del cierre de las mismas de vigencias anteriores.
- Incluir dentro de las actividades del comité de calidad en salud, la implementación, el desarrollo y el seguimiento de la ruta crítica del AMEC, con el fin de identificar oportunamente los avances de éste en el ESM.
- Verificar la participación y cumplimiento por parte de los responsables de cada proceso, al interior del Establecimiento de Sanidad Militar, que tengan intervención en la ejecución de actividades.
- Elaborar el cronograma interno de actividades para el desarrollo y cumplimiento de la totalidad de la ruta crítica, con base en los tiempos establecidos para el seguimiento y reporte.
- Formular y definir oportunidades de mejora que permitan contribuir al mejoramiento continuo.
- Reportar avances y seguimiento a la respectiva Dirección de Sanidad (EJC – NAVAL) y JEFSa, del plan de mejoramiento generado como parte de la ruta crítica del AMEC.
- Enviar la matriz completa del AMEC y los soportes documentales (en formato PDF y teniendo en cuenta la política de cero papel, por correo electrónico o medio magnético) del cumplimiento de las acciones de mejora implementadas, al área de Garantía de la Calidad en Salud de la respectiva Dirección de Sanidad (EJC – NAVAL) o JEFSa, dando cumplimiento al cronograma de actividades establecido y/o cuando sea requerido, con oficio de aprobación, revisión y análisis del avance de la implementación del mismo.
- Teniendo en cuenta que el desarrollo de cada ruta crítica es de un ciclo anual, el cual contiene unos periodos de reporte trimestral, el Establecimiento de Sanidad al término del año, debe cerrar la ruta, para iniciar una nueva, que permita mejorar





aquellos procesos que no fueron incluidos dentro del mejoramiento continuo, hasta disminuir la brecha entre la calidad observada y la esperada (meta). Así mismo garantizar el cierre de la ruta del AMEC formulada.

- En cumplimiento de la ley de archivo y las demás relacionadas con la gestión documental, se debe garantizar la custodia y preservación de los documentos soporte del cumplimiento de los pasos de la ruta crítica y de la totalidad del AMEC.
- Garantizar el traspaso de la información por el encargado del área de Garantía de la Calidad en Salud de cada ESM, realizando la entrega y trazabilidad del cumplimiento de funciones y actividades desarrolladas con soportes documentales y evidencias de cada una, organizadas de manera cronológica en medio magnético; adicionalmente, esta debe ser subida a la nube (si el ESM cuenta con esta), con el objetivo de evitar la pérdida de información, facilitando el acceso a esta.

7. METAS E INDICADORES

Indicador de Cumplimiento: El indicador se enfoca en la identificación del avance entre la calidad observada respecto a la calidad esperada, realizando un análisis trimestral, en el que se determinará el avance por cada indicador verificado para cada fuerza, permitiendo determinar la pertinencia de las oportunidades de mejora implementadas. Este será analizado por el área de Calidad en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar.

- Calidad Observada Inicial de Cada Indicador / Resultado Final de Medición de Cada Indicador.

Los Indicadores Establecidos en el AMEC del SSFM para su aplicación y verificación estarán a cargo del funcionario asignado en el área de Garantía de la Calidad en Salud de cada ESM; Su monitoreo, seguimiento y retroalimentación, lo realizará el área de Garantía de Calidad en Salud de DISAN (EJC – NAVAL) y JEFSa, así:

- Número de acciones inseguras en salud asociado al cansancio del personal en salud.
- Número de actividades y/o capacitaciones con enfoque al desarrollo de competencias de los funcionarios del ESM.
- Número de actividades y/o capacitaciones con enfoque al protocolo de identificación del paciente y muestras biológicas.
- Número de actividades y/o capacitaciones del protocolo de buenas prácticas en el laboratorio clínico.
- Número de actividades y/o capacitaciones del protocolo de buenas prácticas.
- Número de actividades y/o capacitaciones del protocolo para la aceptación y rechazo toma de muestras.
- Número de actividades y/o programas de recurso humano enfocados a la toma de conciencia de la correcta identificación de muestras.
- Número de actividades y/o programas de recurso humano enfocados al bienestar de los funcionarios.
- Número de actividades y/o programas de recurso humano enfocados al cansancio y estrés de los funcionarios.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Número de actividades y/o programas enfocados al bienestar del usuario.
- Número de actividades y/o programas enfocados al desarrollo de tamizaje nutricional
- Número de actividades y/o programas enfocados al monitoreo de acciones inseguras en salud.
- Número de actividades y/o programas enfocados en la identificación del riesgo de los usuarios.
- Número de actividades y/o programas enfocados en la identificación del riesgo cardiovascular de los usuarios.
- Número de actividades y/o programas enfocados en la identificación del riesgo de los usuarios.
- Número de actividades y/o programas enfocados en la identificación del riesgo para la seguridad del paciente.
- Oportunidad de entrega de medicamentos.
- Oportunidad en el seguimiento a procedimientos realizados en IPS contratadas.
- Plan de contingencia manejo de la historia clínica.
- Proporción asistencia a las citas médicas.
- Proporción verificación técnica a la historia clínica.
- Proporción casos registrados.
- Proporción de citas de seguimiento.
- Proporción de evaluación de riesgo durante la atención en salud.
- Proporción de evaluación de riesgos de infección intrahospitalaria.
- Proporción de implementación del formato de exámenes de laboratorio.
- Proporción de implementación de lista de chequeo.
- Proporción de pacientes identificados correctamente.
- Proporción de personal que conoce la seguridad del paciente.
- Proporción de remisiones autorizadas.
- Proporción de vigilancia de eventos adversos.
- Proporción del paciente trazador.
- Proporción implementación herramienta SALUD.SIS.
- Proporción monitoreo de insumos.

Nota: Los indicadores establecidos para cada uno de los criterios a verificar, cuentan con su ficha técnica, la cual se encuentran dentro del documento Excel "Anexo N°1 Matriz de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del SSFM DIGSA" en la hoja titulada "10.INDICADORES".

8. MEDIOS DE VERIFICACION

Los medios de verificación de la implementación del AMEC desde la Dirección General de Sanidad Militar son:

- Contar con el cronograma y los informes de las auditorías internas realizadas en el ESM.
- Cronograma e informes de auditorías por parte de las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa a los ESM.
- Cronograma e informes de auditorías integrales por parte de la DIGSA a los ESM, como verificación del cumplimiento en la implementación de la presente Directiva Permanente.



"Un equipo humano al servicio de la salud"

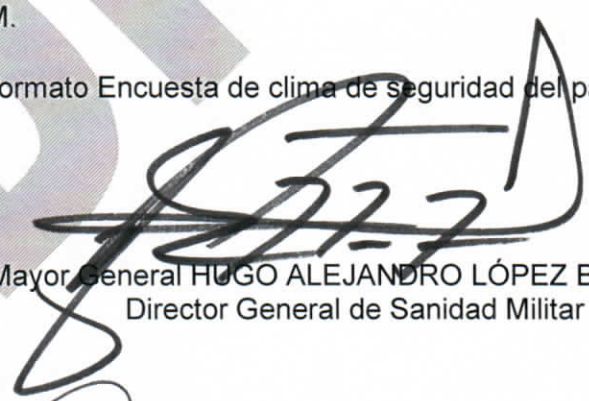
Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



- Actas de socialización y capacitación del AMEC de la DIGSA a las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa.
- Soporte documental de la socialización, control y seguimiento del AMEC por las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa para los ESM.
- Diligenciamiento de la matriz AMEC por parte de cada ESM seleccionado, con el reporte y completo diligenciamiento de la misma.
- Recopilación y reporte trimestral de los avances del AMEC, por parte de los ESM a las DISAN (EJC – NAVAL) y JEFSa, con retroalimentación y análisis a la DIGSA.
- Informe de análisis de resultados por parte de las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa para la DIGSA.
- Informe final de consolidación de resultados obtenidos de la implementación del AMEC a nivel nacional (ESM escogidos) con el fin de verificar la pertinencia del mismo para el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud para los usuarios del SSFM.

9. ANEXOS

1. Anexo N°1 Matriz de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA.
2. Anexo N°2 Cronograma de cumplimiento de actividades de la implementación del AMEC SSFM.
3. Anexo N°3 Instructivo de implementación de la Matriz de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA.
4. ANEXO N°4 Implementación de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en salud para el SSFM.
5. Anexo N°5 Formato Encuesta de clima de seguridad del paciente.


Mayor General HUGO ALEJANDRO LÓPEZ BARRERO
Director General de Sanidad Militar

Auténtica,


Coronel. José Benedicto Solano Vargas
Subdirector de Salud DIGSA



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que
administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



DISTRIBUCIÓN: Se realizará por correo institucional a las Dependencias comprometidas en la temática y de manera física a las Direcciones de Sanidad según sea el caso.

Original : Dirección General de Sanidad Militar
Copia No 1 : Dirección de Sanidad Ejército
Copia No 2 : Dirección de Sanidad Naval
Copia No 3 : Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana

Anexos: Anexo N°1 Matriz de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA Formato Excel con 15 hojas en medio magnético.
Anexo N°2 Cronograma de cumplimiento de actividades de la implementación del AMEC SSFM Documento en PDF con 7 folios.
Anexo N°3 Instructivo de implementación de la matriz de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad del SSFM DIGSA, Documento en PDF con 15 folios.
ANEXO N°4 Implementación de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en salud para el SSFM, Documento en PDF con 1 folio.
ANEXO N°5 Formato Encuesta de clima de seguridad del paciente, Formato Excel con 1 hoja en medio magnético.

Elaboró: PS. Aura Cortes Bermeo
Auditora Sistema de Calidad en Salud

Revisó: SMSM. Scarly Rodríguez Duarte
Líder Sistema de Calidad en Salud

SMSM. Leidy Lorena Rojas
Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)

Aprobó: PD. Silvestre Granados
Coordinador Sistemas de Información

SMSM. Pilar Martínez
Líder Sistemas Integrados de Gestión

SMSM. Adriana Espinel
Sistemas Integrados de Gestión

Vo. Bo.: PD. Angela Tofiño
Coordinadora Asuntos Legales



"Un equipo humano al servicio de la salud"

Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX. 3238555 Ext 1031
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co; aura.cortes@sanidad.mil.co Somos un régimen de excepción que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 352 de 1997.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA

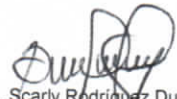
MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios
1	Diciembre de 2018	Version Inicial
2	Julio de 2021	1. Actualización del formato de acuerdo con los parámetros establecidos por el Sistema Integrado de Gestión DIGSA. 2. La trazabilidad se refleja en la SVE. 3. Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. 4. Se ajusta en el formato, la política de uso del mismo. 5. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite.
3	Septiembre del 2022	1. Se realiza la actualización de la Directiva Transitoria N°03 de 2019, base normativa de este formato, su implementación permitira al SSFM identificar los procesos que requieren priorización para el fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud. 2. Se ajusta el nombre del Formato, se elimina la palabra Programa. 3. Se realiza la actualización de todos los criterios de la Mariz AMEC, la cual cuenta con un enfoque de seguridad del paciente. 4. Se incluyen las siguientes hojas: Ruta Crítica, Lista de chequeo, Hoja radar, Grafica radar, 2 y 3 Seleccionar y priorizar, 4. Calidad esperada y observada, Auditoria, 7 y 8 Seguimiento como reemplazo a la 1. Se realiza la actualización de la Directiva transitoria N°03 de 2019, base normativa de este formato. 5. Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos determinados en el formato establecido por el Sistema Integrado de Gestión SIG, para aprobarlo en la SVE; PROPLAES libera el documento. 6. La información registrada en el documento es responsabilidad del proceso que lo emite. 7. Este formato se encuentra alineado al procedimiento implementación AMEC del SSFM-DIGSA con código MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-PT.95.1-6.

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Revisó	Aprobó	
 PS. Aura Maritza Cortes Bermeo Grupo Aseguramiento en Salud Área de Calidad en Salud	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Líder Área Sistema de Calidad en Salud Proceso PROGACAS Gestor de Calidad  SMSM. Leidy Rojas Fierro Grupo Aseguramiento en Salud Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Líder Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG  PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección	 Cr. José Benedito Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud



Cronograma de Auditorías





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
Proceso Garantía de la Calidad en Salud

LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD				
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
El alcance del mejoramiento de la calidad del ESM, debe ser explícito y se orienta al "Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente. En todo caso, el AMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación".	Escrito incorporado en el documento AMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad.			
Duración de la implementación del AMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	Periodo de implementación y evaluación del AMEC es por el periodo anual establecido.			
RUTA CRÍTICA DEL AMEC		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. AUTOEVALUACIÓN				
Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del AMEC:				
Resultado de las auditorías Internas que realiza el Establecimiento de Sanidad Militar, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado.	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo.			
Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan al Establecimiento de Sanidad Militar en la mejora continua de la calidad.	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo.			
Resultados de la gestión de los Comités de Obligatorio Cumplimiento, a partir de las acciones establecidas para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso del ESM en el mejoramiento continuo de la calidad.	Evidencia del análisis de la gestión de los comités de obligatorio cumplimiento.			
Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.	Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores			
Análisis de la escucha de la voz de los usuarios que arrojan resultados sobre el impacto en el mismo y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en el Establecimiento de Sanidad Militar y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una	Evidencia del análisis de la voz del cliente.			
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Si el alcance del AMEC no es acreditación, el Establecimiento de Sanidad Militar debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del AMEC	Listado de procesos seleccionados a mejorar.			
3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

EJE DE SEGURIDAD	PRACTICA SEGURA	CATEGORIA	NO. CRITERIO	CRITERIOS	FORTALEZA
	El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Promoción de la cultura de seguridad.	1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Se cuenta con capacitaciones al personal del ESM pero no con la encuesta.
	El ESM brinda capacitación a los funcionarios, en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, en los procesos a su cargo.	No aplica	2	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: *Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud. *Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución. *La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.	El ESM realiza una capacitación mensual a sus funcionarios y alta dirección como fortalecimiento de la cultura de la seguridad del Paciente.
	Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Procedimientos de referencia de pacientes.	3	El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.	

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD		Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA		
			MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3		
			Proceso Garantía de la Calidad en Salud		
ENFOQUE	1	2	3	4	5
Enfoque Sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega esta documentado.	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos claves.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Enfoque Proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos procesos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de gestión	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
Enfoque evaluado y mejorado: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN	1	2	3	4	5
Despliegue en la Institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización.	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación a unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
RESULTADOS	1	2	3	4	5
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan con los criterios y requisitos del estándar.	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3

Proceso Garantía de la Calidad en Salud



Inicio

En esta sección se pueden visualizar los resultados de cada práctica segura en enfoque, implementación y resultado

PRACTICA SEGURA (Todas)

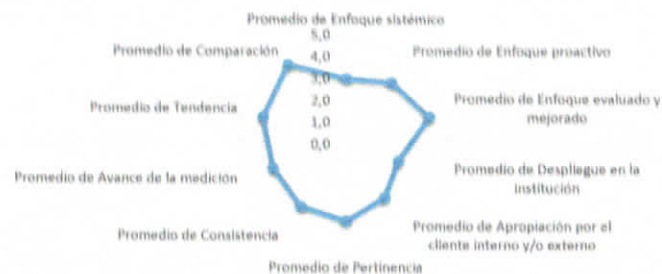
Valores

Promedio de Enfoque sistémico	3,0
Promedio de Enfoque proactivo	3,5
Promedio de Enfoque evaluado y mejorado	4,0
Promedio de Despliegue en la institución	2,5
Promedio de Apropiación por el cliente interno y/o externo	3,0
Promedio de Pertinencia	3,5
Promedio de Consistencia	3,5
Promedio de Avance de la medición	3,5
Promedio de Tendencia	4,0
Promedio de Comparación	4,5

Seleccione la practica segura para la cual desea generar resultados y gráfico radar

Clic derecho sobre la tabla dinámica para actualizar los resultados registrados en la hoja 2.

(Todas)



	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Nota: Las oportunidades de mejora listadas en
automáticamente de la hoja "1. Auto

PRACTICA SEGURA	CATEGORIA	NO. CRITERIO	CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA
El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Promoción de la cultura de seguridad.	1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de Sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.	2,4
El ESM brinda capacitación a los funcionarios, en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, en los procesos a su cargo.	No aplica	2	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: *Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud. *Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución. *La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe	Mantener el desarrollo de capacitaciones a los funcionarios del ESM.	4,6
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Procedimientos de referencia de pacientes.	3	El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.	0	
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Procedimientos para la autorización de servicios.	4	El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna y hospitalización	0	
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.	5	El Establecimiento de Sanidad Militar mide, analiza y toma acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.	0	
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Seguridad en la entrega de medicamentos PBS y no PBS.	6	El Establecimiento de Sanidad Militar monitorea la entrega oportuna de medicamentos, teniendo como referencia el acuerdo 052.	0	
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.	Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.	7	El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red	0	
Estandarización de procedimientos de atención.	Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del	8	El Establecimiento de Sanidad Militar tiene identificados los riesgos para la seguridad del paciente, durante el procedimiento inicial de la atención.	0	

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

RIESGO	CRITERIO
No representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3
Representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5

COSTO	CRITERIO
Si falla la práctica es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Si falla la práctica trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Si falla la práctica es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

VOLUMEN	CRITERIO
La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan solo algunas veces al año.	1
La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3
La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5

Calificación total entre ≥ 75 y 125
Calificación total entre ≥ 26 y 74
Calificación total entre 1 y 25



	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CLIC EN "DATOS" Y "ACTUALIZAR
TODO"

En esta sección se traeran todas las oportunidades de mejora cuya calificación de priorización en los factores criticos de éxitos sea igual o superior a 75. Despues de que importe las oportundiades de mejora, puede dar formato como tabla a esta hoja de trabajo.

CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NOMBRE DEL INDICADOR ASOCIADO A LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	META DEL INDICADOR	TENDENCIA (CRECIENTE O DECRECIENTE)	FORMULA DEL INDICADOR
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.	PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE CONOCE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85%	Creciente	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal
0	0				



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

No	ETAPA	PROCESO	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	HORA DE LA AUDITORIA	RESPONSABLE (S)
1						
2						
3						
4						
5						
6						



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3

Proceso Garantía de la Calidad en Salud



OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUÉ/ACCIÓN	CÓMO	POR QUÉ	DÓNDE	CUANDO INICIA
Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM					
0					

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

			PRIMER SEGUIMIENTO		
OPORTUNIDAD DE MEJORA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FECHA SEGUIMIENTO 1	RESULTADO SEGUIMIENTO 1	¿SE REQUIERE REPLANTEAR ACCIONES DE MEJORA?
Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.	PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE CONOCE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85%			
0					
0					

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

OPORTUNIDAD DE MEJORA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	RESULTADO MEDICIÓN FINAL	DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTADAS	DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS ESTANDARIZADOS
Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada al SSFM	PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE CONOCE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85%			
0					
0					

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato matriz de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA
		MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-MT.95.1-3 V3
		Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CRITERIO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDICIÓN
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE CONOCE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85%	Respuesta De acuerdo/ Muy de acuerdo" o "La mayoría de veces/ siempre de los profesionales de la salud en la encuesta de "clima de seguridad	Total de profesionales asistenciales encuestados	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: *Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud. *Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución. *La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud	NUMERO DE ACTIVIDADES Y/O PROGRAMAS ENFOCADOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	85%	Número de actividades realizadas por el ESM, con enfoque a la identificación del riesgo para la seguridad del paciente.	Total de actividades programadas por el ESM, con enfoque a la identificación del riesgo para la seguridad del paciente.	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.	PROPORCIÓN DE REMISIONES AUTORIZADAS	85%	Número de usuarios remitidos a la red externa para atención por urgencias, que cuentan con autorización anterior al traslado.	Número de total de autorizaciones solicitadas para remisión a la red externa	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar define, implementa y realiza seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna y hospitalización en la red contratada.	OPORTUNIDAD EN EL SEGUIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN IPS CONTRATADAS	85%	Sumatoria del número de procedimientos y/o hospitalizaciones remitidas a la IPS contratada, a las que se ha realizado seguimiento	Sumatoria total del número de procedimientos y/o hospitalizaciones remitidas a la IPS contratada.	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar mide, analiza y toma acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.	PROPORCIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD	85%	Número de pacientes que al ingreso al ESM fueron evaluados para identificación del riesgo relacionado con la seguridad del paciente.	Número total de pacientes que visitan el ESM.	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar monitorea la entrega oportuna de medicamentos, teniendo como referencia el acuerdo 052.	OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	85%	Número total de medicamentos ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula	Número total de medicamentos solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar cuenta con mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante la prestación de los servicios de salud en la red interna como en la red externa.	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	85%	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar tiene identificados los riesgos para la seguridad del paciente, durante el procedimiento inicial de la atención.	PROPORCIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD	85%	Número de pacientes que al ingreso al ESM fueron evaluados para identificación del riesgo relacionado con la seguridad del paciente	Número total de pacientes que visitan el ESM.	Porcentual
El Establecimiento de Sanidad Militar debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de: - Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición. - Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), p.ej. interconsultas en el servicio de observación. - Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.	PROPORCIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD	85%	Número de pacientes que al ingreso al ESM fueron evaluados para identificación del riesgo relacionado con la seguridad del paciente	Número total de pacientes que visitan el ESM.	Porcentual

**ANEXO N°2****CRONOGRAMA DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL AMEC PARA EL SSFM.**

A continuación, se presenta el cronograma de las actividades a implementar a nivel de la Dirección General de Sanidad, Dirección de Sanidad Ejército, Naval y Jefatura Salud Fuerza Aérea y Establecimientos de Sanidad Militar.

DIGSA

ACTIVIDAD	SOPORTE DOCUMENTAL	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD
Socializar los lineamientos y parámetros de la Directiva Permanente de AMEC a las áreas GARCA de DISANES, JEFSa y ESM	Acta de reunión	30 de Septiembre al 5 de octubre	Sistema Calidad en Salud – DIGSA
Socializar la plantilla AMEC y el cronograma de actividades formuladas para implementación del AMEC, capacitación dirigida a DISANES (EJC – NAVAL), JEFSa y ESM.	Acta de reunión	30 de Septiembre al 5 de octubre	Sistema Calidad en Salud – DIGSA
Socializar a los Establecimientos de Sanidad Militar del SSFM (seleccionados) los lineamientos y parámetros de la Directiva Permanente y la plantilla AMEC, junto al cronograma de actividades formuladas para su implementación, como aclaración de dudas.	Acta de reunión	6 – 12 de Octubre	Sistema Calidad en Salud – DIGSA
Socializar, asesorar, capacitar y realizar el seguimiento de los resultados del AMEC, con informe de cierre de ciclo, a la alta dirección de DIGSA, DISANES (EJC – NAVAL), JEFSa y ESM los resultados de la implementación del AMEC.	Informe de cierre	15 de Diciembre del año posterior al inicio de la implementación del AMEC	Sistema Calidad en Salud – DIGSA

DISAN (EJC – NAVAL) Y JEFSa A ESM

ruta crítica	ACTIVIDAD	SOPORTE DOCUMENTAL	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE ENVIO DE SOPORTES A DIGSA	RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD
Socialización	Socializar de la presente Directiva Permanente a los ESM seleccionados.	Acta de Capacitación (formato PDF - envío por correo electrónico).	6 – 12 de Octubre	13 de Octubre	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa.
Seguimiento	Recopilar los soportes documentales de socialización en los ESM de la presente Directiva Permanente como control de inicio de implementación de esta.	Acta de reunión de socialización de la presente Directiva Permanente del AMEC en los ESM.	25 de Octubre	27 de Octubre	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa.



Autoevaluación	*Recopilar el Diligenciamiento Formato Matriz AMEC de chequeo, con el correcto diligenciamiento de la matriz por cada ESM seleccionados, realizando la retroalimentación correspondiente.	*Plantillas guardadas en el área encargada de la DISAN (EJC – NAVAL) y JEFSa.			
Selección de procesos a mejorar y priorización de los procesos a mejorar.	*Verificar los procesos priorizados en comparación con los resultados de la autoevaluación.	*Consolidación de la plantilla y retroalimentación al ESM, de ser necesario.	11 - 15 de Noviembre	16 – 18 de Noviembre	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa.
Medición del desempeño de los procesos.	*Verificar de resultados reportados en la matriz.	*Consolidado de los ESM seleccionados, con la correcta implementación de la plantilla, identificando la medición del desempeño de cada proceso.	Los ESM seleccionados deben enviar para estas fechas el diligenciamiento consolidado de la Autoevaluación, la selección y medición de la priorización de los procesos y los planes de mejoramiento de los estándares priorizados.	Las DISANES (EJC – NAVAL) y JEFSa deben enviar a DIGSA las matrices ya verificadas y debidamente diligenciadas del consolidado de la Autoevaluación, la selección y medición de la priorización de los procesos y los planes de mejoramiento de los estándares priorizados.	
Elaboración planes de mejora.	*Realizar seguimiento y control al plan de mejora formulado en cada ESM, como apoyo al cumplimiento e implementación del AMEC.	*Realizar la aprobación de cada plan de mejora formulado en los ESM, de ser necesario con su respectiva retroalimentación.			
Seguimiento y control de los avances del I TRIMESTRE	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas, recopilando informes de los ESM que realizan la implementación del AMEC, realizando la verificación y cumplimiento de actividades formuladas.	*Informe consolidado con reporte de pertinencia en la implementación del AMEC en los ESM seleccionados del I trimestre.	9 – 10 de febrero	12 – 14 de Febrero	
Seguimiento y control de los avances del II TRIMESTRE	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas, recopilando informes de los ESM que realizan la implementación del AMEC, realizando la verificación y cumplimiento de actividades formuladas.	*Informe consolidado con reporte de pertinencia en la implementación del AMEC en los ESM seleccionados con comparativo de I - II trimestre.	5 – 9 de mayo	10 – 14 de mayo	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa.
Seguimiento y control de los avances del III TRIMESTRE	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas, recopilando informes de los ESM que realizan la	*Informe consolidado con reporte de pertinencia en la implementación	10 – 13 de agosto	14 – 17 de agosto	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC –



	implementación del AMEC, realizando la verificación y cumplimiento de actividades formuladas.	del AMEC en los ESM seleccionados con comparativo de los tres trimestres transcurridos.			NAVAL) Y JEFSa.
Seguimiento y control de los avances del IV TRIMESTRE, con la evaluación de mejoramiento y aprendizaje organizacional y cierre de la ruta crítica.	Realizar el informe de cierre de la ruta crítica, en el que se evidencie la ejecución de las acciones de mejora establecidas, junto al cierre de vigencia del año en curso, con el fin de salvaguardar la información de lo trabajado en el periodo.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC, verificando las acciones priorizadas y el plan de mejora formulado, teniendo en cuenta las fechas de reporte y cumplimiento de estas para el IV trimestre establecido, haciendo un comparativo entre los cuatro trimestres con reporte de pertinencia de la implementación del AMEC en el ESM, dando cierre a la ruta crítica. Acta de reunión con supervisores de contrato para la realización de back up de lo trabajado durante el año.	6 – 10 de noviembre Para esta fecha se debe recibir del ESM diligenciamiento completo del AMEC (matriz) e informe de cierre de la ruta crítica de la vigencia actual.	11 – 15 de noviembre A la DIGSA se debe enviar el informe de cierre de AMEC de la vigencia actual.	Área de Calidad en Salud DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa.

ESM SELECCIONADOS A DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSa

RUTA CRÍTICA	ACTIVIDAD	SOPORTE DOCUMENTAL	FECHA CUMPLIMIENTO EN EL ESM	FECHA DE ENVÍO DE SOPORTES A DISANES O JEFSa (FECHA MÁXIMA DE ENVÍO)	RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD
Socialización	Socializar la presente Directiva a los funcionarios del ESM e inclusión de actividades de seguimiento en el comité de calidad instaurado en el ESM.	Acta de Capacitación y acta de reuniones comité de calidad en salud del ESM.	13 – 19 de octubre	22 de octubre	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado.



Autoevaluación	Identificar principales problemas de calidad y oportunidades de mejora.	*Verificación del cronograma y organización para la implementación del programa en el ESM. *Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC de chequeo.	19 – 31 de octubre	N/A	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.
Selección de procesos a mejorar y priorización de los procesos a mejorar.	Identificar los procesos a mejorar y seleccionar los procesos a intervenir en el corto, mediano y largo plazo.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC de chequeo, para la identificación de procesos seleccionados y priorizados para implementación del AMEC de la vigencia 2022 y 2023.	31 de octubre al 7 noviembre Los ESM seleccionados deben enviar para estas fechas el diligenciamiento consolidado de la Autoevaluación, la selección y medición de la priorización de los procesos y los planes de mejoramiento de los estándares priorizados.	10 de noviembre	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.
Medición del desempeño de los procesos.	Definir los procedimientos de auditoría sobre el desempeño de los procesos.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC de chequeo, teniendo en cuenta la meta y los indicadores establecidos para cada criterio verificado.			Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.
Elaboración de planes de acción.	Establecer acciones que permitan garantizar el mejoramiento continuo de los procesos y la disminución de la diferencia entre la calidad esperada y la calidad encontrada.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC de chequeo, teniendo como referencia las oportunidades de mejora seleccionados.			Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.
Seguimiento y control de los avances del I TRIMESTRE	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC, verificando las acciones priorizadas y el plan de mejora formulado, teniendo en cuenta las fechas de reporte y cumplimiento de estas para el I	Inicia 1 de noviembre Finaliza 1 febrero	6 – 9 febrero	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.



		trimestre establecido. *Realizar y enviar el informe en el que se presenten los avances observados para el I trimestre.			Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – socialización en el comité de calidad en salud, con verificación de la Dirección y Subdirección del ESM.
	Realizar seguimiento y control al cierre de vigencia del año en curso, con el fin de salvaguardar la información de lo trabajado en el periodo.	Acta de reunión con supervisores de contrato para la realización de back up de lo trabajado durante el año.	30 de Diciembre	N/A	Supervisor del contrato, Dirección y Subdirección del ESM. DISANES (EJC – NAVAL) Y JEFSA.
Seguimiento y control de los avances del II TRIMESTRE	Realizar seguimiento y control la ejecución de las acciones de mejora establecidas.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC, verificando las acciones priorizadas y el plan de mejora formulado, teniendo en cuenta las fechas de reporte y cumplimiento de estas para el II trimestre establecido. *Realizar y enviar el informe en el que se presenten los avances observados, haciendo un comparativo entre el I y II trimestre, para iniciar la verificación de pertinencia de las actividades formuladas.	Inicia 2 de febrero Finaliza 30 de abril	2 – 4 de mayo	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud. Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – socialización en el comité de calidad en salud, con verificación de la Dirección y Subdirección del ESM.
Seguimiento y control de los avances del III TRIMESTRE	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas.	*Diligenciamiento de la Formato Matriz AMEC, verificando las acciones priorizadas y el plan de mejora formulado, teniendo en cuenta las fechas de reporte y	Inicia 1 de mayo Finaliza 30 de julio	1 - 4 de Agosto	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud.



		cumplimiento de estas para el III trimestre establecido. *Realizar y enviar el informe en el que se presenten los avances observados, haciendo un comparativo entre el I - II - III trimestre, para verificar la pertinencia de las actividades formuladas.			Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – socialización en el comité de calidad en salud, con verificación de la Dirección y Subdirección del ESM.
Seguimiento y control de los avances del IV TRIMESTRE, diligenciamiento completo (evaluación de mejoramiento y aprendizaje organizacional) y cierre total de la ruta crítica.	Garantizar la ejecución de las acciones de mejora establecidas.	*Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC, verificando las acciones priorizadas y el plan de mejora formulado, teniendo en cuenta las fechas de reporte y cumplimiento de estas para el IV trimestre establecido. Diligenciamiento y envío de la Formato Matriz AMEC. *Realizar y enviar el informe en el que se presenten los avances observados, haciendo un comparativo entre los cuatro trimestres con reporte de pertinencia de la implementación del AMEC en el ESM, dando cierre a la ruta crítica.	Inicia 1 de agosto Finaliza 31 de octubre	1 – 5 de noviembre	Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud. Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – comité de calidad en salud. Área de Calidad en Salud ESM seleccionado – socialización en el comité de calidad en salud, con verificación de la Dirección y Subdirección del ESM.

ANEXO N°3**INSTRUCTIVO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA MATRIZ DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD DEL SSFM DIGSA**

Los ESM seleccionados deben contar con el perfil profesional descrito en las Disposiciones Generales de la presente Directiva permanente para implementación del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en salud y para su se tendrá en cuenta la ruta crítica presentada en la gráfica N°1:

Gráfica N°1 Implementación de la Ruta Crítica AMEC



Nota importante

Para el correcto funcionamiento de la matriz de AMEC, tenga en cuenta:

- No adicionar filas o columnas en las hojas del libro de Excel.
- No adicionar, ni eliminar celdas de las hojas del libro de Excel.
- El libro contiene celdas formuladas, no modificarlas, ni eliminarlas.
- Si se presenta alguna observación con la Matriz Auditoria y su diligenciamiento, esta debe ser informada al Área de Calidad en Salud de DIGSA para su modificación.
- El documento debe ser guardado así: "Anexo N°1 Matriz Auditoria – FUERZA – ESM"; Ejemplo: Anexo N°1 Matriz Auditoria – JEFSA.

La matriz de AMEC del SSFM, está creada con las siguientes pestañas:

- Control de Cambios: Esta pestaña solo será modificada por los funcionarios de la Dirección General de Sanidad Militar, donde se reportan las actualizaciones realizadas a la Directiva Permanente en mención.
- Ruta crítica: En la segunda hoja del libro de Excel, se presenta la ruta crítica del AMEC, la cual se encuentra enlazada con diferentes libros del documento (ver imagen N°1).

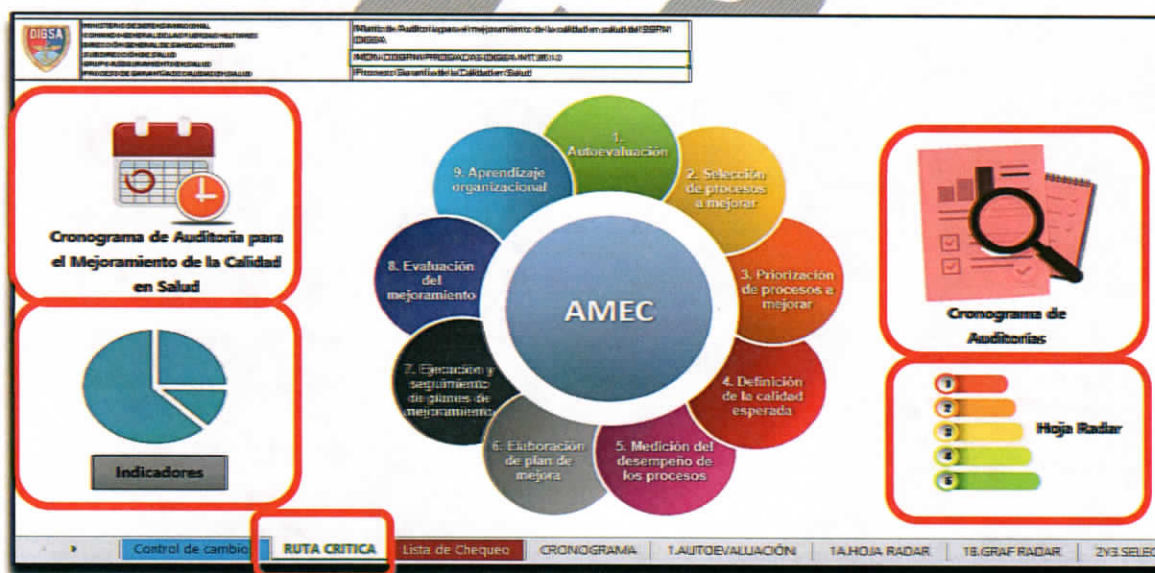


Imagen N°1

- Lista de chequeo: En la tercera hoja del libro de Excel, se encuentra la lista de chequeo adaptada del Ministerio de Protección Social, para la evaluación de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud del SSFM, la cual debe ser implementada como método de verificación para el cumplimiento del mismo.
- Cronograma: La cuarta hoja del libro es el "cronograma" en el que se reporta la programación y ejecución de la ruta crítica, la cual cuenta con las filas (Actividad, Responsable y Propósito) con reporte de actividades definidas, sin embargo, las

DISAN (EJC – NAVAL), JEFSA y los ESM seleccionados deben definir y reportar las fechas de Programación y Ejecución de estas.

En el cronograma deben fijar en [] fechas programadas, teniendo en cuenta la semana de implementación y en [] la fecha en las que se cumplió la actividad (ver imagen N°2).

1		MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD	Matriz del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSGM/DIGSA CODIGO: Proceso Garantía de la Calidad en Salud
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Imagen N°2

5. 1. Autoevaluación (Formato Excel Plantilla AMEC)

Los criterios incluidos en la pestaña del libro "1. Autoevaluación", fueron adoptados de las prácticas seguras establecidas en la Guía Técnica "Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud" del Ministerio de la Protección Social, Versión 001 del 2010, con el fin que el AMEC sea aplicable en los ESM seleccionados y genere un mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de Salud.

En esta hoja del libro, se encontrará la información según las columnas, así:

5.1. **EJE DE SEGURIDAD (Celda A5 Plantilla Excel):** Corresponde a la agrupación de prácticas seguras, las cuales buscan incentivar, promover y gestionar una atención segura para los usuarios, con el fin de obtener procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los funcionarios que apoyan la prestación de servicios de salud en lo ESM, reportándose las siguientes¹:

- 5.1.1 Procesos institucionales seguros.
- 5.1.2. Procesos asistenciales seguros.
- 5.1.3. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.
- 5.1.4. Involucran los pacientes y sus allegados en su seguridad.

¹ Tomado de Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud".2010. Ministerio de Salud y Protección Social.



5.1.1. *Procesos institucionales seguros:* Aquellas actividades encaminadas a fortalecer los conocimientos y habilidades para la prestación de servicios de salud.

- Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
- Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.
- Coordinar procedimientos y acciones reciprocas de los programas de seguridad del paciente entre el ESM y la DISAN o JEFSA.
- Estandarización de procedimientos de atención.
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurre los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
- Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

5.1.2. *Procesos asistenciales seguros:* Se enfocan en detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud².

- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Prevención de la mal nutrición o desnutrición.

5.1.3. *Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.*

- Prevenir el cansancio del personal de salud.

5.1.4. *Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.*

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

5.2. *PRACTICA SEGURA (Celda B5 Plantilla Excel):* Fuente de los criterios de prácticas seguras, teniendo como base la Guía Técnicas Buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Versión 001. 2010.

5.3. *CATEGORIA (Celda C5 Plantilla Excel):* Corresponde a la clasificación que asigna la práctica segura a los criterios en el manual de buenas prácticas del Ministerio o si la práctica pertenece a algún paquete instruccional.

- Promoción de la cultura de seguridad.
- Procedimientos de referencia de pacientes.
- Procedimientos para la autorización de servicios.

² Tomado Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud". 2010. Ministerio de Salud y Protección Social.

- Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente.
- Seguridad en la entrega de medicamentos según el acuerdo 052. Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios.
- Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente.
- Definir por parte del Establecimiento de Sanidad Militar los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares.
- Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.
- Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos.
- Comparación externa como ayuda para monitorear los aspectos claves de la seguridad del paciente.
- Barreras y defensas – paquete instruccional.
- Implementación de un protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas.
- Prevención de daño inducido por medios de contraste.

5.4. *N° CRITERIO (Celda D5 Plantilla Excel)*: Consecutivo asignado al criterio a evaluar.

5.5. *CRITERIOS (Celda E5 Plantilla Excel)*: Elemento que el Establecimiento de Sanidad Militar realiza el proceso de autoevaluación para determinar su nivel de implementación (si aplica). Frente a cada criterio se debe evaluar si la práctica propuesta es susceptible de mejora o identifica fallas o problemas en la aplicación en su institución (ver imagen N°3).

EJE DE SEGURIDAD	PRACTICA SEGURA	CATEGORIA	NO. CRITERIO	CRITERIOS	FORTALEZA	EVIDENCIA DE LAS FORTALEZAS
	El ESM cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Promoción de la cultura de la seguridad.	1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".		

Imagen N°3



- 5.6. **FORTALEZA (Celda F5 Plantilla Excel):** Fortaleza se define como los mecanismos, políticas, procedimientos y procesos que ya operan en la institución y que han permitido alcanzar logros o resultados que representan un éxito o le brindan una ventaja competitiva.
- 5.7. **EVIDENCIA DE LAS FORTALEZAS (Celda G5 Plantilla Excel):** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que permiten evidencia la fortaleza y que son verificables.
- 5.8. **DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA (Celda H5 Plantilla Excel):** Son las estrategias o mecanismos que deberán ser implementados para dar cumplimiento al criterio propuesto y se sugiere redactar teniendo en cuenta que cumpla con el enfoque, la implementación o el resultado. Por ejemplo: Establecer indicadores que permitan monitorear las directrices impartidas por la organización frente a la privacidad y la confidencialidad de la información (oportunidad de mejora relacionada con los resultados).
- 5.9. **FUENTE DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA (Celda I5 Plantilla Excel):** Seleccione de la lista desplegable en esta columna, como se identificó esta oportunidad de mejora:
- Resultado de las auditorías internas
 - Resultado de las auditorías externas
 - Comités Institucionales
 - Resultado de Indicadores
 - Voz del cliente (encuestas, manifestaciones, quejas, reclamos, etc.)
 - Mejoramiento continuo
- 5.10. **PROCESO QUE SE IMPACTA (Celda J5 Plantilla Excel):** De acuerdo con el proceso verificado, registre el nombre del (los) proceso(s) que se impactará(n) con la implementación de la oportunidad de mejora (ver imagen N°4).

CRITERIOS	FORTALEZA	EVIDENCIA DE LAS FORTALEZAS	DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO QUE SE IMPACTA
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	NO APLICA	NO APLICA	Implementar en el ESM la encuesta de clima de seguridad del paciente	Comités Institucionales	Procesos de seguridad del paciente

Imagen N°4

A partir de la celda K (Hoja 1. Autoevaluación), se debe tener en cuenta la escala del 1 al 5, de la hoja "1A. Hoja radar", donde se encuentra:

- Enfoque
 - o Enfoque sistémico.
 - o Enfoque proactivo.
 - o Enfoque evaluado y mejorado.
- Implementación
 - o Despliegue en la institución.
 - o Apropiación por el cliente interno y/o externo.
- Resultado
 - o Pertinencia
 - o Consistencia avance de la medición
 - o Tendencia
 - o Comparación

Una vez calificadas cada una de las variables mencionadas anteriormente, el formato calcula el promedio y asigna una nota final (ver imagen N°5), el cual no debe ser modificado ni eliminado.

IMPORTANTE: En las filas de criterios que no apliquen no registrar ninguna calificación como cero (0) en la evaluación cuantitativa, ya que afectará los resultados que se calculan en la hoja "1B. Grafica radar". Para el caso de criterios que no le apliquen deje las celdas de color negro.

Califique en escala del 1 al 5, según hoja radar											
PROCESO QUE SE IMPACTA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					NOTA FINAL
	Enfoque sistémico	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue en la institución	Apropiación por el cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
Procesos de seguridad del paciente	1	3	5	5	4	3	4	5	2	2	3,4

Lista de Chequeo

CRONOGRAMA

LAUTOEVALUACIÓN

LA HOJA RADAR

EL GRAF RADAR

Imagen N°5

6. 1A. Hoja radar (Formato Excel Plantilla AMEC)

En la hoja seis del libro de Excel, se encuentran las variables de calificación, para la evaluación cuantitativa (ver imagen N°6).

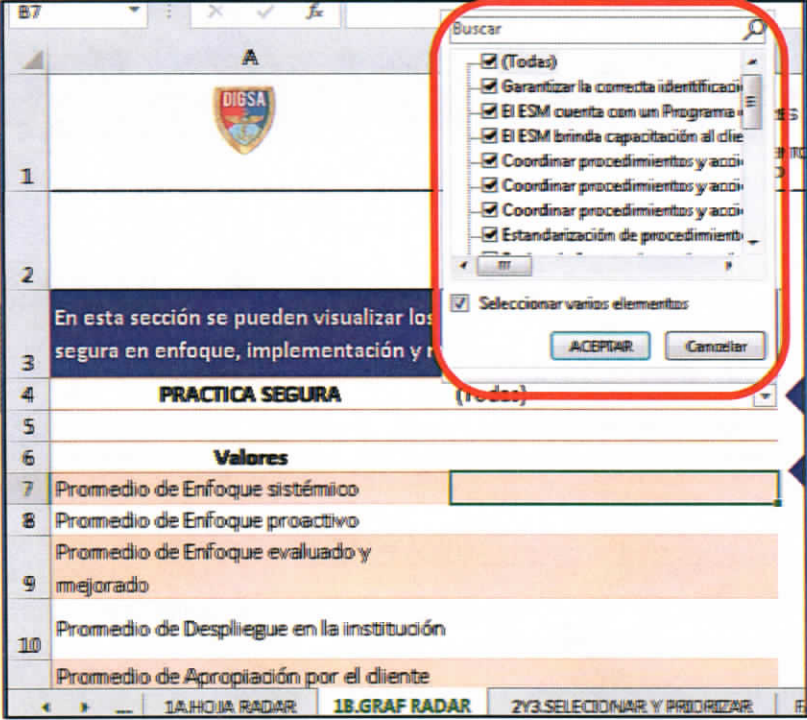


		MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASESORAMIENTO EN SALUD PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD			Métrica del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSPM DIGSA CODIGO: Proceso Garantía de la Calidad en Salud	
Fuente: Resolución 3082 de 2014						
VARIABLES						
ENFOQUE	1	2	3	4	5	
Enfoque Sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA.	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega esta documentado.	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos claves.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.	
Enfoque Proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos mínimos	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos.	
Control de cambios: RUTA CRÍTICA Lista de Chequeo CRONOGRAMA 1A. AUTOEVALUACIÓN 1A. HOJA RADAR 1B. GRAF. RADAR ... + : ◀ ▶						

Imagen N°6

7. 1B. Grafica radar (Formato Excel Plantilla AMEC)

Para consultar los resultados cuantitativos, dirijase a la hoja del libro de Excel "1A. Grafica radar" allí seleccione en el campo "práctica segura" la práctica o las prácticas de las que desea obtener el resultado consolidado por cada variable calificada (ver imagen N°7).



Buscar

- ☒ (Todas)
- ☒ Garantizar la correcta identificación
- ☒ El ESM cuenta con un Programa
- ☒ El ESM brinda capacitación al día
- ☒ Coordinar procedimientos y acciones
- ☒ Coordinar procedimientos y acciones
- ☒ Coordinar procedimientos y acciones
- ☒ Estandarización de procedimientos

☒ Seleccionar varios elementos

ACEPTAR Cancelar

En esta sección se pueden visualizar los resultados de la práctica segura en enfoque, implementación y resultados.

PRACTICA SEGURA (Todas)

Valores

7	Promedio de Enfoque sistémico	
8	Promedio de Enfoque proactivo	
9	Promedio de Enfoque evaluado y mejorado	
10	Promedio de Despliegue en la institución	
	Promedio de Apropiación por el cliente	

1A. HOJA RADAR 1B. GRAF. RADAR 2Y3. SELECCIONAR Y PRIORIZAR

Imagen N°7



Después, se debe dar clic derecho sobre la tabla dinámica y seleccionar la opción “Actualizar”, de esta forma se actualizarán los resultados y el gráfico de acuerdo a lo calificado en la autoevaluación (ver imagen N°8).

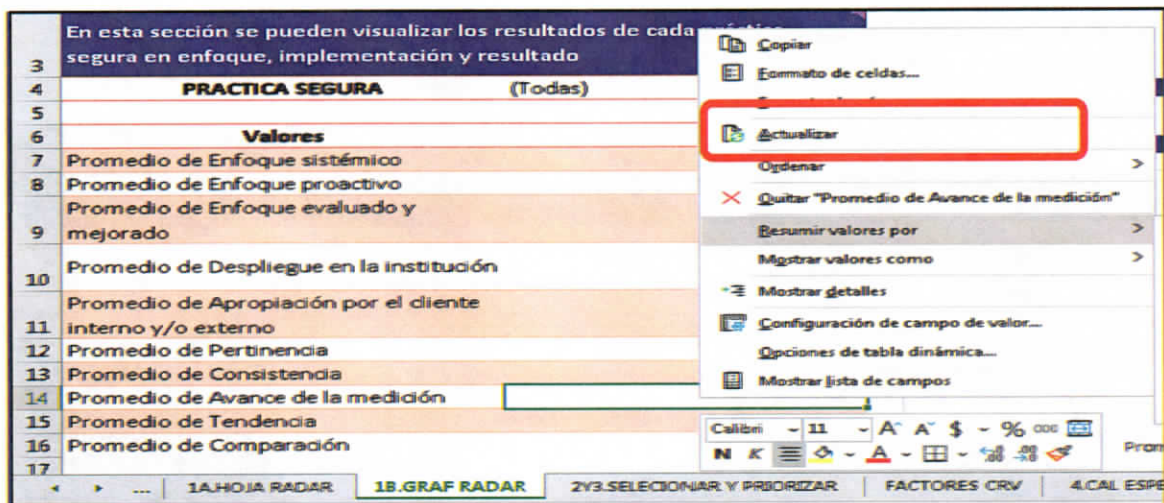


Imagen N°8

Se mostrará actualizada la tabla de datos y el gráfico radar con los resultados registrados en la autoevaluación en las variables cuantitativas (ver imagen N°9).

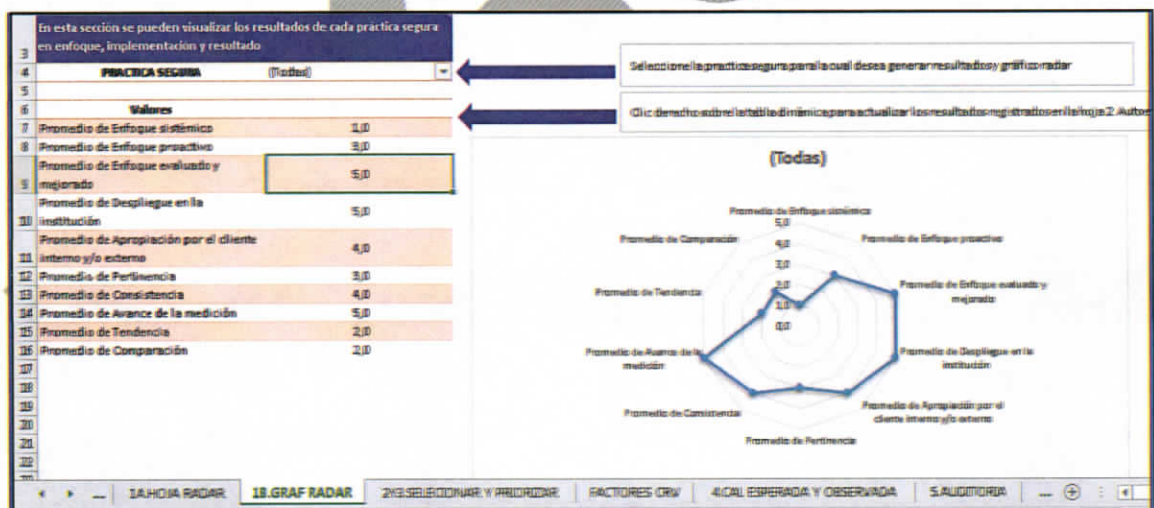


Imagen N°9

8. 2 y 3 Seleccionar y priorizar (Formato Excel Plantilla AMEC)

En el libro de Excel, la pestaña número 8 “2 y 3 seleccionar y priorizar”, se encontrará de manera automática la información registrada en los campos (practica segura, categoría, N° de criterio, criterios, oportunidades de mejora, calificación cuantitativa y proceso que se impacta).



Teniendo en cuenta tanto la calificación cuantitativa, como la oportunidad de mejora identificada y el proceso al cual pertenece, indique en cada oportunidad de mejora si debe ser seleccionada para priorizar, para ello seleccione de la lista desplegable de la columna "¿Proceso a priorizar?" Si o No (ver imagen 10).

Nota: Las oportunidades de mejora listadas en esta sección se traen automáticamente de la hoja "1. Autoevaluación"

NO. CRITERIO	CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	PROCESO QUE SE IMPACTA	¿PROCESO A PRIORIZAR?	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de Sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el ESML.	3.4	Nacional	SI	5	5	5	75
2	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: "Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud." "Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución." "La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta."	Mantener el desarrollo de capacitaciones a los funcionarios del ESML.	4.6	Nacional	NO				

Imagen N°10

Recuerde tener en consideración que en AMEC deben ser llevadas a priorización solo las oportunidades de mejora de procesos asistenciales. La calificación cuantitativa también le puede orientar para la selección, ya que criterios de procesos asistenciales con calificación cuantitativa menor a 3 pueden ser susceptibles de priorización.

Si marca que una oportunidad de mejora no se selecciona para priorización automáticamente los campos para la calificación de factores críticos de éxito se rellenan de color negro, indicando que no es necesario registrar calificación (ver imagen N°11).

NO. CRITERIO	CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	PROCESO QUE SE IMPACTA	¿PROCESO A PRIORIZAR?	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
1	Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de este proceso, el Establecimiento de Sanidad Militar aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Implementar en el ESML la encuesta de clima de seguridad del paciente	3.4	Proceso de seguridad del paciente	SI	5	5	5	75
2	El Establecimiento de Sanidad Militar brinda capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad del paciente, con enfoque a: "Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud." "Ilustrado, en lo posible, con ejemplos de la cotidianidad de la institución." "La forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta."				NO				

Imagen N°11



9. Factores CRV (Formato Excel Plantilla AMEC)

Para el proceso de priorización, se debe tener en cuenta el libro de Excel titulado “Factores CRV”, en donde se encuentra la herramienta de priorización de factores críticos de éxito: Riesgo, Costo y Volumen (ver imagen N°12).

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

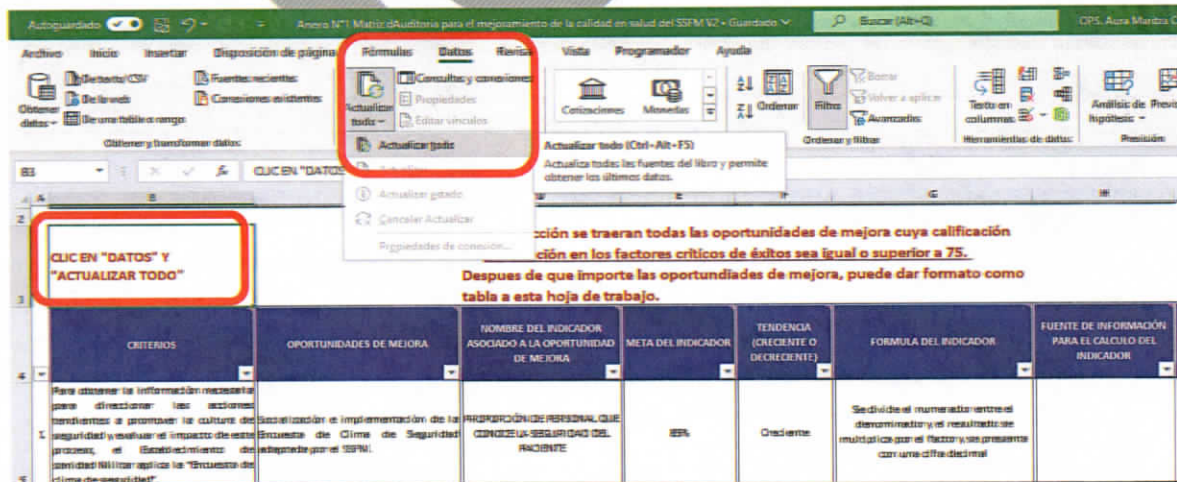
Calificación total entre >= 75 y 125 
Calificación total entre >= 26 y 74 
Calificación total entre 1 y 25 

 Inicio

Imagen N°12

10. 4. Calidad esperada y observada (Formato Excel Plantilla AMEC)

Debe dirigirse a la hoja “4. Calidad esperada y observada”, dando clic en “Datos” y luego en “Actualizar Todo” y automáticamente se traerán a esta hoja los criterios, oportunidades de mejora, Nombre del Indicador a la Oportunidad de Mejora, Meta del Indicador y Formula del Indicador que obtuvieron calificación igual o superior a 75 puntos (ver imagen N°13).



CRITERIOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	NOMBRE DEL INDICADOR ASOCIADO A LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	META DEL INDICADOR	TENDENCIA (CRECIENTE O DECRECIENTE)	FORMULA DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL INDICADOR
Para obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover la cultura de seguridad y evaluar el impacto de estas acciones, el Subdirector de Seguridad Niliton aplica la "Encuesta de clima de seguridad".	Implementación e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad (segunda parte del SSPN).	PERCEPCIÓN DE PERSONAL QUE CONOCE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%	Decreciente	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal	

Imagen N°13

Tenga en cuenta que un indicador puede monitorear varias oportunidades de mejora.

Para registrar la medición inicial del desempeño en la hoja "4.CAL ESPERADA Y OBSERVADA" deberá diligenciar la siguiente información:

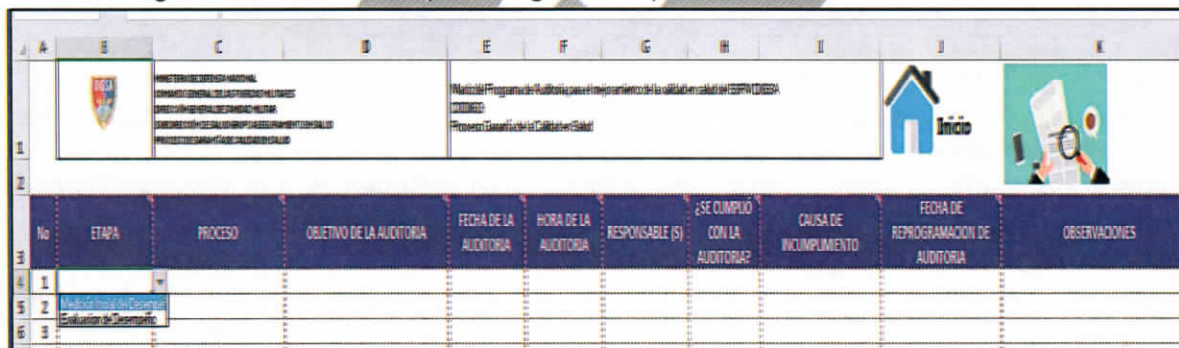
A los indicadores seleccionados para el monitoreo en AMEC diligencie las siguientes columnas:

- Fuente de Información para el cálculo del Indicador.
- Responsable de la medición.
- Periodicidad de la medición.
- Fecha de la Medición Inicial: Fecha de la primera auditoria en la cual se realiza la medición de indicadores.
- Calidad Observada Inicial (Resultado Inicial Del Indicador Antes De Las Acciones De Mejoramiento): Registre el valor de la medición inicial del indicador.
- Brecha: Diferencia entre la meta (85%) y la calidad observada inicial.

11. 5. Auditoria (Formato Excel Plantilla AMEC)

Es importante para la verificación de esta medición, definir también el cronograma de auditorías y para ello se debe seleccionar la hoja N°11 "5. Auditoria" y diligenciar los siguientes campos:

- Etapa: Indique de la lista desplegable, si la auditoria corresponde a la medición inicial o un seguimiento de AMEC (ver imagen N°14).



No	ETAPA	PROCESO	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	FECHA DE LA AUDITORIA	HORA DE LA AUDITORIA	RESPONSABLE(S)	¿SE CUMPLIÓ CON LA AUDITORIA?	CAUSA DE INCUMPLIMIENTO	FECHA DE REPROGRAMACIÓN DE AUDITORIA	OBSERVACIONES
1	Auditoria Inicial									
2	Seguimiento de AMEC									

Imagen N°14

- Proceso Objetivo de la Auditoria: Indique el proceso de su mapa de procesos que es objeto de auditoria.
- Fecha de la Auditoria: Registre la fecha programada de auditoria.
- Hora de la Auditoria responsable(s): Indique el cargo o nombre del responsable de ejecutar la auditoria.

Los siguientes campos corresponden al seguimiento del cronograma de auditoria:

- ¿Se Cumplió Con la Auditoria?: De acuerdo con la fecha programada registre si se cumplió con la fecha de ejecución de la auditoria.
- Causa de Incumplimiento: en caso de no haberse realizado la auditoria indique las causas.
- Fecha de Reprogramación de Auditoria: Indique la nueva fecha de auditoria programada.



- OBSERVACIONES: Registre observaciones sobre la auditoría realizada.

6. Plan de mejora (Formato Excel Plantilla AMEC)

Para la elaboración de los planes de acción, vaya a la hoja "6. Plan de mejora" y encontrará las oportunidades mejora seleccionadas, (Ver imagen N°15).

1						
2			MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO INSURIMIENTO EN SALUD PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD		Módulo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud del SSFM DIGSA MDN-COGFM-PROD-GACAS-DIGSA-MT.95.1-3 Proceso Garantía de la Calidad en Salud	
3						
4						
5						
6						
7						
8	 Inicio					
9						
10	OPORTUNIDAD DE MEJORA	QUÉ/ACCIÓN	CÓMO	POR QUÉ	DÓNDE	CUANDO INICIA
11	Socialización e implementación de la Encuesta de Clima de Seguridad adaptada por el SSFM.					

Imagen N°15

A partir de la Oportunidad de Mejora, registre la información requerida:

- Qué/Acción
- Cómo
- Por Qué
- Dónde
- Cuando Inicia
- Cuando Finaliza
- Quien Ejecuta

Para el seguimiento al plan de mejora, dirijase a la hoja "6. PLAN ACCION" y a partir de la columna J encontrará los campos para reportar el seguimiento a la ejecución del plan y en la parte superior de cada seguimiento encontrará un consolidado que le contabilizará las acciones según su estado (sin iniciar, en ejecución, cerrada, cancelada) (ver imagen N°16).

CONSOLIDADO PRIMER SEGUIMIENTO		
ESTADO ACCIONES	NUMERO DE ACCIONES	%
Sin iniciar		
En ejecución		
Cerrado		
Cancelado		

Imagen N°16



12. 7 y 8 Seguimiento (Formato Excel Plantilla AMEC)

Para la evaluación del mejoramiento, diríjase a la hoja "7Y8.SEGUIMIENTO", en la que encontrará las oportunidades de mejora, nombre del indicador y meta, según el reporte anterior y diligencie para cada seguimiento programado:

- Fecha Seguimiento
- Resultado Seguimiento
- ¿Se Requiere Replantear Acciones De Mejora?

13. 9. Aprendizaje organizacional (Formato Excel Plantilla AMEC)

Para el registro del aprendizaje organizacional diríjase a la hoja "9. APRENDIZAJE ORGA" y allí encontrará la Oportunidad de mejora, Nombre del Indicador y la Meta, y a continuación deberá registrar la siguiente información:

- Resultado Medición Final: Describa el valor final del indicador después del ciclo de mejoramiento.
- Descripción de las Acciones de Mejoramiento Implementadas: En caso de mejora en la tendencia del indicador para el logro de la meta, describa que acciones del plan que estableció le permitieron obtener dicho mejoramiento.
- Descripción de los Documentos Estandarizados: Liste los documentos que el Establecimiento de Sanidad Militar estandarizó con base en las acciones implementadas.
- Aprendizaje Organizacional: Describa brevemente los logros de mejoramiento.
- Fecha Socialización de Documentos Estandarizados: Indique las fechas en la cuales se socializó la estandarización de procesos a los interesados.
- Continuidad de la Mejora: Describir si quedan acciones que requieren continuidad en el siguiente del ciclo de mejoramiento. Esta información le servirá de insumo para su próximo ciclo AMEC.
- "¿Posibilidad De Mejora?: Indique si a pesar de lograr la meta de un indicador el criterio evaluado es todavía susceptible de mayor mejoramiento. Esta información le servirá de insumo para su próximo ciclo AMEC.

14. 10. Indicadores

En esta hoja se encuentran relacionados los indicadores de cada criterio verificado, permitiendo mayor trazabilidad en el seguimiento y control del AMEC. Si se requiere alguna modificación, esta debe ser informada al Área de Calidad en Salud de DIGSA, para que se realiza el cambio correspondiente y sea estandarizado para todo el SSFM.

Nota: El AMEC debe ser implementado en su totalidad para lograr obtener los resultados esperados en el Establecimiento de Sanidad Militar y a nivel del Subsistema de las Fuerzas Militares.



ANEXO N°4

IMPLEMENTACIÓN DE LOS COMITÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN SALUD PARA EL SSFM.

Los Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud se constituyen como instrumentos de seguimiento y monitoreo para el cumplimiento de la visión institucional “Asegurar la prestación de los servicios integrales de salud y los servicios de Salud Operacional, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios afiliados al SSFM”, del mismo modo son establecidos para el análisis de resultados, con el propósito fundamental de gestionar e identificar los diferentes aspectos de la atención médica y quirúrgica que se otorga en los ESM del SSFM.

El presente Anexo N°4 de la Directiva Permanente de AMEC, tiene como finalidad emitir los lineamientos para la implementación y sesión de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud en el SSFM, como mecanismo de seguimiento a la prestación de los servicios de salud en los ESM a nivel nacional.

Los Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud, que se relacionan a continuación serán implementados teniendo en cuenta la normatividad legal vigente del MSPS y la emitida por DIGSA, por lo cual se consideran de obligatoria existencia y funcionamiento en el SSFM y sesionaran como se establece en la Directiva Permanente “Lineamientos para la Implementación de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud en SSFM” emitida por la Dirección General de Sanidad Militar.

N°	Comités de Obligatorio Cumplimiento	Normatividad
1	Comité de Calidad en Salud	Acuerdo N°071 de 2019
2	Comité de Ética Hospitalaria	Resolución N°13437 de 1991 Acuerdo N°075 de 2020
3	Comité de Farmacovigilancia	Acuerdo N°080 de 2022
4	Comité de Farmacia y Terapéutica	Acuerdo No 080 de 2022
5	Comité de Historias Clínicas	Resolución N°1995 de 1999 Resolución N°839 de 2017
6	Comité de Infección y Profilaxis Antibiótica	Decreto 3518 de 2006
7	Comité de Seguridad del Paciente	Acuerdo N°071 de 2019 Directiva Permanente Programa de Seguridad del Paciente SSFM
8	Comité de Transfusión Sanguínea	Decreto 1571 de 1993
9	Comité de Referencia y Contrarreferencia	Resolución 3047 de 2008 Resolución 4331 de 2012 Manual de Referencia y Contrarreferencia para SSFM de 2019.
10	Comité de Urgencias	Decreto 412 de 1992 Directiva Permanente 104 de 2017
11	Comités de Vigilancia Epidemiológica	Decreto 3518 de 2006
12	Equipo Interdisciplinario de Profesionales de Salud	Acuerdo 080 de 2022



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato encuesta de clima de seguridad del paciente SSFM - DIGSA

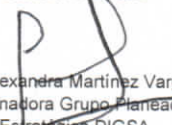
MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-75

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios
1	Septiembre del 2022	Version Inicial. Este formato se encuentra alineado al procedimiento implementación AMEC del SSFM-DIGSA con código MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-PT.95.1-6

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Revisó	Aprobó	
 PS. Aura Maritza Cortes Bermeo Grupo Aseguramiento en Salud Área de Calidad en Salud	 SMSM. Scarly Rodríguez Duarte Grupo Aseguramiento en Salud Lider Área Sistema de Calidad en Salud Proceso PROGACAS Gestor de Calidad  SMSM. Leidy Rojas Fierro Grupo Aseguramiento en Salud Coordinadora Grupo de Aseguramiento (E)	 SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Lider Área Sistemas Integrados de Gestión PROASIG  PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Dirección	 Cr. José Benedicto Solano Vargas Subdirector de Salud DIGSA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES,
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato encuesta de clima de seguridad del paciente SSFM - DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-75

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad del paciente y las acciones inseguras en salud y su notificación en el Establecimiento de Sanidad Militar.

Sus respuestas son anónimas, pero generarán un impacto positivo en lo relacionado con el paciente que asiste a las instalaciones del ESM.

En esta encuesta, piense en su área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del ESM donde usted cumple con sus funciones y donde pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.

Esta encuesta puede ser aplicada de manera física o por medio electrónico, en donde debe marcar con un X la respuesta que más se acerca a la realidad del Establecimiento de Sanidad Militar, relacionada con la seguridad del paciente.

Para la aplicación de la encuesta, hay que tener presente que todos los funcionarios del ESM (Militar, Plata y PS) ya que la cultura de seguridad del paciente es de todos quienes conforman el ESM. Luego de aplicarla a todos los funcionarios del ESM, dirijase a la hoja "Criterios de Calificación", en la que debe relacionar el total de funcionarios del ESM de respuestas para cada pregunta requerida, la cual arroja automáticamente el porcentaje.

La encuesta y el porcentaje obtenido conlleva a identificar las debilidades que se tienen en el ESM respecto a la seguridad del paciente, lo que le permite a la Dirección del ESM y su equipo de trabajo implementar acciones de mejora para fortalecer este.

Las encuestas que se apliquen (físicas o digitales) deben tener la custodia correspondiente en el área de garantía de calidad en salud del ESM o quien cumpla sus funciones, ya que estas pueden ser verificadas durante una auditoría o visita de acompañamiento. De igual forma, se debe contar con el soporte documental de socialización de resultados en el comité de seguridad del paciente y/o comité de calidad, reflejando las actividades de mejora a desarrollar y el seguimiento de las mismas, como mejoramiento continuo de los procesos.

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD	Formato encuesta de clima de seguridad del paciente SSFM - DIGSA MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-75 Proceso Garantía de la Calidad en Salud					
ENCUESTA SOBRE CLIMA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ESM							
Categorías	Pregunta en la encuesta	Respuestas					
Características demográficas de los encuentros	1. ¿Cuál es su principal área de trabajo, en el Establecimiento de Sanidad Militar?						
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (H1)	a). Menos de un año	b). De 1 a 5 años	c). De 6 a 10 años	d). De 10 años y mas		
	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área? (H2)	a). Menos de un año	b). De 1 a 5 años	c). De 6 a 10 años	d). De 10 años y mas		
	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en el Establecimiento de Sanidad Militar? (H3)	a). Menos de 20 horas	b). De 20 a 39 horas	c). De 40 a 79 horas	d). De 80 a 99 horas	e). De 100 horas o más	
Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad (4 ítems)	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (B1)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez (B4)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Aprendizaje organizacional - mejoramiento continuo (3 ítems)	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A5)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos (A9)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad (A13)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Trabajo en equipo dentro de las áreas (4 ítems)	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	En esta área, la gente se apoya mutuamente (A1)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	En esta área, el personal se trata con respeto (A4)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Actitud de comunicación abierta (3 ítems)	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (C6)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Retroalimentación y comunicación sobre el error (3 ítems)	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos (C1)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en el área donde estamos (C3)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	En el área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer (C5)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Respuesta no punitiva al error (3 ítems)	Cuando se informa un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema (A12)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Los empleados se preocupan de los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	
Personal (4 ítems)	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	De acuerdo (4)	Siempre (5)	



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO ASEGURAMIENTO EN SALUD

Formato encuesta de clima de seguridad del paciente SSFM - DIGSA

MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-75

Proceso Garantía de la Calidad en Salud

Guía para las Respuestas

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (1)

ÁREAS O UNIDADES DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES

Unidad o área de trabajo en el Establecimiento de Sanidad Militar de los participantes en la (primera pregunta)

a	Urgencias
b	Hospitalización
c	Consulta Externa
d	Sala de Partos
e	Programa P y P
f	Esterilización
g	Laboratorio
h	Farmacia y suministros
i	Vacunación
j	Transporte de Paciente
k	Otros

Cantidad de Funcionarios del ESM

Cantidad de Funcionarios que realizaron la encuesta

Tiempo trabajado en el ESM (años) (H1)

Tiempo trabajado en el hospital (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 10 años y más	%	
No. De respuestas		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!	0
%		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!	#1DIV/0!

Tiempo trabajado en la unidad o área (años) (H2)

Tiempo trabajado en la unidad o área (años)	a		b		c		d		Total de preguntas respondidas
	Menos de un año	%	De 1 a 5 años	%	De 6 a 10 años	%	De 10 años y más	%	
No. de respuestas		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!	0
%		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!		#1DIV/0!	#1DIV/0!