

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

PAMEC 2017.



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
GERENTE

Enero 2017.

Carrera 11 No. 27 - 27 / 8-7405030

Tunja - Boyacá - Colombia

www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co

e-mail. planeacion@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

EQUIPO DIRECTIVO

Dra. Lyda Marcela Pérez Ramírez

Gerente

Dr. Oscar Argelio Cely

Subgerente Administrativo y Financiero

Dra. Adriana Mercedes Flórez Daza

Subgerente Servicios de Salud.

Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo

Asesor Desarrollo de Servicios

Dra. Gloria esperanza Ortega pinilla

Asesora de Control Interno

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA IPS

La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, es un hospital que presta servicios de salud con atención médica especializada de III y IV nivel de complejidad en el Departamento de Boyacá, constituyéndose como centro de referencia no solo del departamento, sino de los departamentos circunvecinos. Es una entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera.

Cuenta con servicio de Urgencias, Consulta externa especializada y apoyo diagnóstico (Imagenología, radiología intervencionista, laboratorio clínico, Patología, Gastroenterología y Cardiología) Hospitalización General Adultos y Pediátrica, además UCI Adultos, Pediátrica y Neonatal.

Cuenta con recurso humano calificado para la prestación de servicios tanto asistenciales como administrativos basados en políticas de humanización y seguridad a todos los pacientes y sus familias.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

“Somos una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con vocación docente, investigativa y amigable con el medio ambiente, trabajamos con estándares de acreditación y eficiencia, para brindar atención integral con calidad y calidez humana, garantizando la seguridad al paciente y su familia. Contamos con talento humano comprometido, motivado e idóneo, con el apoyo de tecnología avanzada generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra sociedad”.

VISIÓN

“En el año 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja será un Hospital universitario líder, con excelencia en la prestación de servicios de salud acreditados, con reconocimiento nacional e internacional”.

LINEAS Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Líneas estratégicas

- Fortalecer estrategias para asegurar la integralidad de la atención
- Fortalecer el enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.
- Fortalecer la evaluación de competencias y desempeño a todo el personal de la institución, buscando consolidar la cultura de calidad y servicio
- Mejorar la integralidad de los procesos administrativos y asistenciales
- Mejorar la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información
- Desarrollar estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.
- Fortalecer estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.

Objetivos Estratégicos

- Asegurar y aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en la prestación del servicio.
- Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia.
- Fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno y con vocación de servicio.
- Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.
- Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento.
- Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.

PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

Respeto: Garantizamos a todas las personas un trato digno, cordial y humanizado, sin discriminación alguna. Correspondemos a la confianza que en nosotros se ha depositado para cumplir adecuadamente la misión y la función social del hospital

Calidad: Prestamos servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes y continuos, con enfoque de seguridad y humanización, centrados en el paciente y su familia.

Responsabilidad: Asumimos el compromiso de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes en cada una de nuestras actuaciones y las consecuencias que de ello se deriven.

Compromiso: Ir más allá del simple deber, desempeño y cumplimiento eficaz de nuestras funciones. Ser parte de nuestra institución, identificar y querer lo que hacemos.

Honestidad: Nos caracterizamos por una conducta íntegra, ética y transparente que propenda por el bienestar social sobreponiendo el interés general al particular.

Transparencia: Obrar, actuar, siempre con claridad, no tener nada que ocultar.

Tolerancia: Respetar y tener consideración hacia las maneras de pensar, actuar y sentir de los demás, aunque estas sean diferentes a las nuestras, sin prejuicio de los derechos y deberes que nos asisten.

Equidad: Actuar de acuerdo con los principios que rige la justa distribución del cuidado de la salud.

Liderazgo: Somos líderes en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, implementamos acciones que promueven el mejoramiento de la atención en salud en la región.

Confidencialidad: Respeto a la información reservada o secreta de los seres humanos que no deben o no pueden ser difundidos en público o transmitidos a terceros, sin consentimiento del interesado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios y su familia mediante estrategias de mejoramiento continuo y sostenido, desarrollando procesos de auditoría, que permiten comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, logrando la satisfacción de nuestros usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fortalecer los procesos de mejoramiento de la calidad de la institución y asegurar su trazabilidad.

Identificar los procesos a intervenir a través de la priorización de los estándares, de acuerdo a los resultados de la autoevaluación.

Convertirse en un instrumento de evaluación y monitoreo permanente, que contribuya a garantizar la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo, para las oportunidades de mejora priorizadas definidas por cada grupo de estándares.

Realizar seguimiento y medición al impacto de las estrategias implementadas en el proceso de atención.

ALCANCE DEL PAMEC.

El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad en este PAMEC es la preparación para la acreditación.

PERIODO DE IMPLEMENTACION DEL PAMEC

El periodo de implementación del Programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad se establecerá a partir del mes de febrero al mes de Diciembre del año 2017.

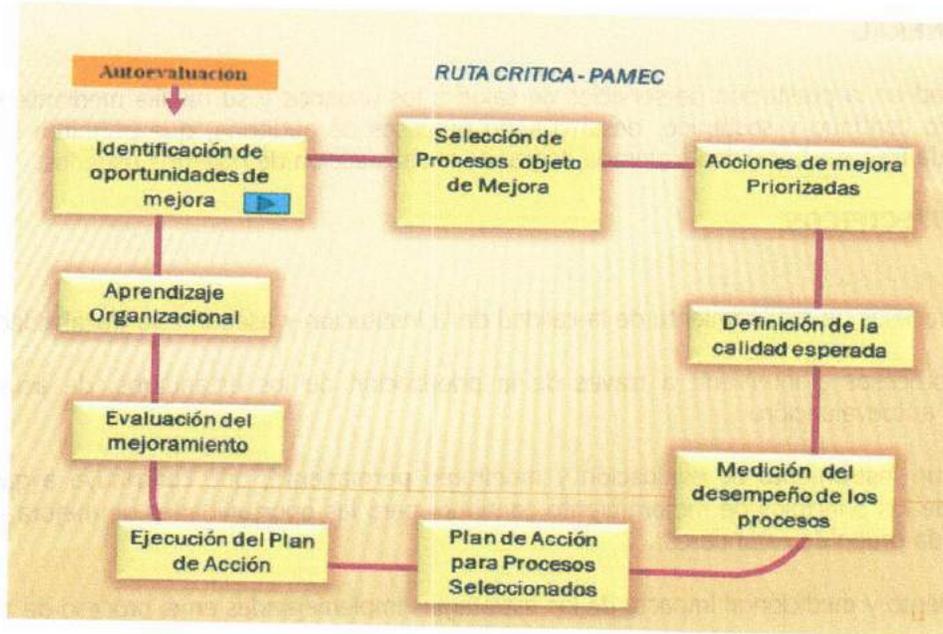
PROPOSITO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El propósito del Mejoramiento de la calidad para la institución es fortalecer gestión del riesgo del proceso de atención en salud, incrementar la eficiencia en la utilización de recursos institucionales impactando favorablemente en la satisfacción de los usuarios.

1. GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN POR GRUPOS DE ESTANDARES

El enfoque establecido por la institución dentro de esta ruta crítica del PAMEC, es el del Sistema Único de Acreditación. La autoevaluación se desarrolla según lo definido en a la hoja radar en cada una de sus

dimensiones enfoque, implementación y resultado, conforme a lo establecido en la Resolución 2082 de 2014, siguiendo lo establecido en la ruta crítica de acreditación.



La autoevaluación interna ayuda a la organización a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistémico, sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos. Con un uso y una ejecución adecuados, la evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución mediante las oportunidades de mejora planteadas.

1.1 Conformación de equipos de autoevaluación por grupos de estándares.

Nº	ESTÁNDAR DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		PERFIL
1	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	ADRIANA FLOREZ	LIDER
2	LABORATORIO CLINICO	CONSTANZA AHUMADA	SECRETARIO
3	COORDINADORA DE ENFERMERIA	ANA MARIA BOHORQUEZ	INTEGRANTE
4	COORDINADOR DE URGENCIAS	GUELMIS CAPELLA NIEBLES	INTEGRANTE
5	COORDINADOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	ALEJANDRO FUNEME	INTEGRANTE

6	COORDINADORA DE CLINICAS MÉDICAS	GLADYS GORDILLO	INTEGRANTE
7	COORDINADOR DE SALAS DE CIRUGIA	ADRIANA MILENA FORERO ALDANA	INTEGRANTE
8	COORDINADORA DE FARMACIA	CRHISTIAN GUERRERO	INTEGRANTE
9	COORDINADORA DE EPIDEMIOLOGIA	NUBIA ZEA	INTEGRANTE
10	COORDINADOR GESTIÓN ACADEMICA	ESPERANZA VARGAS	INVITADO
11	AUDITOR MEDICO CALIDAD	ANGELA MEDINA	CALIDAD
12	MEDICO ESPECIALISTA	SEGÚN CRONOGRAMA DE TURNOS	INVITADO
13	COORDINADOR DE PATOLOGIA	ELIANA PATRICIA JIMENEZ	INTEGRANTE
14	COORDINADOR DE FACTURACION	GLORIA CRUZ	INVITADA
15	MEDICO HOSPITALARIO	SEGÚN CRONOGRAMA DE TURNOS	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		PERFIL
1	INTERVENTORA DE TALENTO HUMANO	LINA CECILIA CHIQUILLO ORTIZ	LIDER
2	TECNICO TALENTO HUMANO	LAURA BUITRAGO	SECRETARIA
3	PROFESIONAL TALENTO HUMANO	OSIAS VALENCIA	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	JAIME ALBERTO GONZÁLEZ MARTÍNEZ	INTEGRANTE
5	INTERVENTORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ADRIANA LUCIA PACHECO	INTEGRANTE
6	COORDINADOR GESTIÓN ACADEMICA	ESPERANZA VARGAS	INVITADO
7	PLANEACIÓN	YIMMY ROA	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	PERFIL
----	--	--------

1	INTERVENTORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ADRIANA PACHECO MERCHAN	LIDER
2	PROFESIONAL GESTION AMBIENTAL	CESAR ADRIAN SANCHEZ C	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	JHON EDWIN PLAZAS MARINEZ	INTEGRANTE
4	COORDINADOR DE URGENCIAS	GUERMIS CAPELLA NIEBLES	INTEGRANTE
5	INTERVENTORA	ING. AMIRA RINCÓN	INVITADO
6	COORDINADOR SIAU	TATIANA MENDOZA	INVITADO
7	COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA	NUBIA ZEA	INVITADO
8	PLANEACIÓN	YIMMY RODRIGUEZ ROA	INVITADO
9	LIDER SIAU	TATIANA MENDOZA	INVITADO
10	PROFESIONAL DE APOYO SISTEMA DE GESTIÓN	SERGIO SANDOVAL	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		PERFIL
1	INGENIERA BIOMEDICA	LORENA MERCHAN	LIDER
2	QUIMICO FARMACEUTICO	CRISTIAN GUERRERO	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	JHON EDWIN PLAZAS MARINEZ	INVITADO
4	COMITÉ DE INFECCIONES	CARMEN HELENA TOBAR	INVITADO
5	AUDITOR MEDICO	AIDA MEDINA	INVITADO
6	LIDER ALMACEN Y SUMINISTROS	NELLY CORREDOR BUSTAMANTE	INVITADO
7	COORDINADOR DE CONTRATACIÓN	LAURA GOMEZ	INVITADO
8	LIDER PROCESOS	ANGELA ROBLES	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	PERFIL	
9	PLANEACIÓN	YIMMY RODRIGUEZ ROA	INVITADO
1	COORDINADOR DE SISTEMAS	PEDRO DAMIAN VELA	LIDER
2	COORDINADORA GESTION DOCUMENTAL	ELIZABETH CARO	SECRETARIA
3	COORDINADORA ATENCION AL USUARIO	TATIANA MENDOZA	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	JAIME ALBERTO GONZÁLEZ MARTÍNEZ	INTEGRANTE
5	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	NELLY CASTIBLANCO SIERRA	INTEGRANTE
6	AUDITOR MEDICO CALIDAD	LUZ HELENA BARRETO	INVITADO
7	COORDINADOR DE FACTURACION	GLORIA CRUZ	INVITADO
8	MEDICO EPIDEMIOLOGO	SANDRA LILIANA BELLO	INVITADO
9	ADMINISTRADOR SISTEMA DE INFORMACION DARUMA	JORGE FIGUEREDO	INVITADO

Nº	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	PERFIL	
1	GERENTE	LYDA MARCELA PEREZ	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	ADRIANA FLOREZ	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	OSCAR ARGELIO CELY	INTEGRANTE
5	ASESOR DE CONTROL INTERNO	GLORIA ESPERANZA ORTEGA	INVITADO
6	PLANEACIÓN	YIMMY RODRIGUEZ ROA	INTEGRANTE

Nº	ESTANDARES DE GERENCIA		PERFIL
1	GERENTE	LYDA MARCELA PEREZ	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	ADRIANA FLOREZ	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	OSCAR ARGELIO CELY	INTEGRANTE

Nº	ESTANDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		PERFIL
1	LIDER PAMEC-ACREDITACIÓN	LUZ DARY GUERRERO	SECRETARIO
2	AUDITOR MEDICO CALIDAD	AIDA PATRICIA MEDINA	INTEGRANTE
3	AUDITOR MEDICO CALIDAD	ANGELA MEDINA	INTEGRANTE
4	AUDITOR MEDICO CALIDAD	SANDRA LILIANA BELLO	INTEGRANTE
5	PLANEACIÓN	YIMMY ROA	INTEGRANTE
6	PROFESIONAL DE APOYO SISTEMA DE GESTIÓN	SERGIO SANDOVAL	INVITADO
7	LIDER PROCESOS	ANGELA ROBLES	INTEGRANTE
8	ADMINISTRADOR SISTEMA DE INFORMACION DARUMA	JORGE FIGUEREDO	INVITADO
9	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	LIDER

1.2 METODOLOGIA DE AUTOEVALUACIÓN CON ESTANDARES DEL SUA

La metodología a seguir está basada en la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de Protección Social. Se empleo la hoja radar y se autoevaluaron los 136 estándares de los grupos y subgrupos de estándares.

1.3 FORMATOS EMPLEADOS PARA LA REALIZACION DE LA AUTOEVALUACIÓN

- Ver Anexo 1 Autoevaluación Cliente asistencial
- Ver Anexo 2 Autoevaluación Direccionamiento
- Ver Anexo 3 Autoevaluación Gerencia.
- Ver Anexo 4 Autoevaluación Gerencia del Talento Humano
- Ver Anexo 5 Autoevaluación Gerencia del Ambiente Físico
- Ver Anexo 6 Autoevaluación Gestión de la Tecnología
- Ver Anexo 7 Autoevaluación Gerencia de la Información
- Ver Anexo 8 Autoevaluación Mejoramiento de la Calidad.

1.4 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DEL SUA

Durante el mes de diciembre del año 2016 los diferentes equipos de autoevaluación con su respectivo líder realizaron la autoevaluación de los estándares de acreditación con los siguientes resultados:

Se obtuvo una calificación de 3.34 para el año 2016, la cual fue discriminada por estándares según se muestra en el siguiente cuadro de Autoevaluación Acreditación 2016.

GRUPO DE ESTANDARES	Año 2016
CLIENTE ASISTENCIAL	2,78
DIRECCIONAMIENTO	3,40
GERENCIA	3,42
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	3,11
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	3,43
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	3,59
GERENCIA DE LA INFORMACION	3,50
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,54
RESULTADO AUTOEVALUACIÓN	3,34

Fuente: Oficina de calidad.

1.5 HISTORICO DE LA AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN.

La institución ha presentando avances importantes y de crecimiento institucional en materia de acreditación como se muestra a continuación:

GRUPO DE ESTANDARES	HISTORICO AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN				
	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	Año 2016
CLIENTE ASISTENCIAL	1	1,45	1,9	2,33	2,78
DIRECCIONAMIENTO	2	2,17	2,5	3,08	3,40
GERENCIA	2	2,20	2,5	3,01	3,42
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,86	2,16	2,3	2,75	3,11
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	2,28	2,46	2,6	3,07	3,43
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	2,27	2,55	2,6	3,13	3,59
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,50	2,30	2,6	3,14	3,50
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3	2,50	2,7	3,26	3,54
RESULTADO AUTOEVALUACIÓN	1,99	2,22	2,47	2,97	3,34

Fuente: Oficina de Calidad

1.6 Resultados De Auditorías Internas

Ver anexo No 9. Informe de Control Interno auditoria PAMEC

1.7 Resultados de auditorías externa :

Ver: Anexo 10 Informe de Auditoría sistema de seguridad y salud en el trabajo, Informe de Auditoría Sistema de Gestión ambiental.

1.8 Resultados de análisis de indicadores.

Ver Anexo 11 Informe de indicadores.

1.9 Análisis de la escucha de la voz del cliente.

Ver Anexo 12 Informe de PQR

Ver Anexo 13 Informe de Buzón cliente interno

1.10 Medición de adherencia a buenas prácticas en la atención en salud

Ver Anexo 14 Informe de medición de adherencia de BPS

1.11 Gestión de Comités institucionales

Ver Anexo 15. Gestion de Comités institucionales

1.12 Gestión de planes de mejora

Ver Anexo 16 seguimiento de cumplimiento de planes de mejora por proceso.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

A continuación se presenta la correlación de Estándares vs Procesos Institucionales E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Esta es una herramienta que permite evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de acreditación aplicables.

Ver Anexo 17 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales

3. PRIORIZACION DE PROCESOS

La priorización de las Oportunidades de mejora de cada uno de los grupos y subgrupos de los estándares se realiza teniendo en cuenta los criterios de priorización de riesgo, costo, volumen contemplado en las Guía Básica para la implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Manual ABC del Ministerio de Salud y Protección Social. Se priorizaran las oportunidades de mejora que sean mayores o iguales a 80, producto de aplicar la siguiente matriz:

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la Institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Ver Anexo 18 Planes de Mejoramiento y Priorización de oportunidades de mejora por estándar.

2. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

Dado que el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se presenta los resultados de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación para la vigencia del PAMEC 2017.

CALIDAD ESPERADA	
VIGENCIA	2017
GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACIÓN
Cliente asistencial	3.1
Direccionamiento	3.8
Gerencia	3.8
Gerencia del Talento Humano	3.5
Gerencia del Ambiente Físico	3.8
Gestión de la Tecnología	4
Gerencia de la Información	3.9
Mejoramiento de la Calidad	4
PROMEDIO	3.75

Fuente: Oficina de calidad

3. CALIDAD OBSERVADA

Se desarrollara según lo contemplado en el programa anual de auditorías de la vigencia 2017

Ver Anexo 19 programa Anual de Auditorias 2017

4. FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

Producto de la priorización por estándar se proyecta el trabajo de 28 acciones de mejora en total incluyendo los diferentes grupos y subgrupos de Acreditación.

Las acciones planeas con enfoque en el ciclo PHVA para cumplirse a lo largo de la vigencia.

También es importante mencionar que algunos estándares tienen su enfoque más en la medición de resultados, dado que el enfoque ya se ha implementado y que se requiere enfocar los recursos en esta dimensión.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	4	5-7-23-33	4
Direccionamiento	4	81-82-84-86	4
Gerencia	3	97-100-101	3
Talento humano	3	105-109-115	3
Ambiente físico	3	125-126-127	3
Gestión de la tecnología	6	134-135	2
Gerencia de la información	3	147-148-149	3
Mejoramiento de la calidad	2	155-158	2
TOTAL	28		24

Ver Anexo 18 Planes de mejoramiento con énfasis de acreditación.

7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

La implementación se realizará según cronograma establecido.

8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA

El seguimiento a la ejecución de los planes de mejora tendrá una periodicidad acorde con los lineamientos establecidos por la institución según Resolución 300 de 2016 y de acuerdo a lo establecido en la circular 356 de 2016 emitida por la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA.

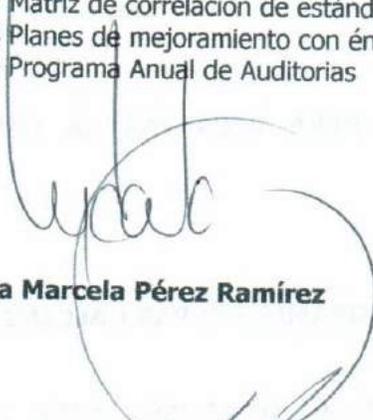
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Se Documentara el análisis de las acciones que deben estandarizarse producto de la implementación del Programa de Auditorias para el mejoramiento de la calidad.

LISTADO DE ANEXOS.

- Anexo 1 Autoevaluación Estándar cliente asistencial
- Anexo 2 Autoevaluación Estándar Direccionamiento
- Anexo 3 Autoevaluación Estándar Gerencia
- Anexo 4 Autoevaluación Estándar Gerencia del Talento Humano
- Anexo 5 Autoevaluación Estándar Gerencia de la información
- Anexo 6 Autoevaluación Estándar Gerencia del ambiente físico
- Anexo 7 Autoevaluación Estándar Gestión de la tecnología
- Anexo 8 Autoevaluación Estándar Mejoramiento de la calidad.
- Anexo 9 Informe de Control Interno auditoria PAMEC
- Anexo 10 Informe de Auditoría sistema de seguridad y salud en el trabajo, Informe de Auditoría Sistema de Gestión ambiental
- Anexo 11 Informe de indicadores
- Anexo 12 Informe de PQR
- Anexo 13 Informe de Buzón cliente interno
- Anexo 14 Informe de medición de adherencia de BPS
- Anexo 15 Informe de Gestion de Comités institucionales
- Anexo 16 Informe seguimiento de cumplimiento de planes de mejora por proceso.
- Anexo 17 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales
- Anexo 18 Planes de mejoramiento con énfasis de acreditación y Priorización Oportunidades de mejora
- Anexo 19 Programa Anual de Auditorias

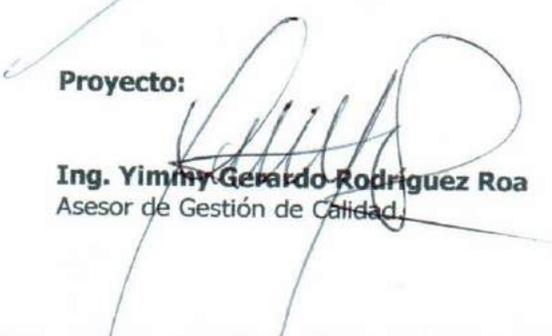
Aprobó:


Dra. Lyda Marcela Pérez Ramírez
Gerente

Reviso:


Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo.
Asesor Desarrollo de Servicios

Proyecto:


Ing. Yiminy Gerardo Rodríguez Roa
Asesor de Gestión de Calidad