

Tunja, Enero 15 de 2016.

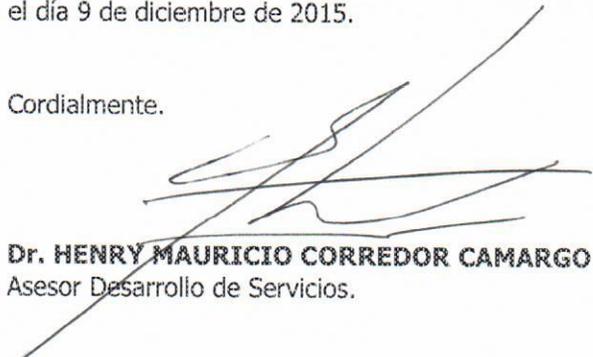
Enfermera Jefe:  
**LAURA RODRIGUEZ**  
Grupo PAMEC  
Secretaria de Salud de Boyacá.

Cordial saludo:

Dando curso a la circular 416 del 13 de noviembre 2015 se envía documento de seguimiento PAMEC 2015 con corte a Diciembre (30 folios).

De igual manera es importante mencionar que PAMEC 2016 se realizará según la directriz del Ministerio de Protección Social de fecha 19 de septiembre de 2014. "Lista de chequeo para la evaluación del Programa de Auditoria de Mejoramiento Continuo de la calidad en la Atención en Salud" y teniendo en cuenta las observaciones de la Auditoria externa realizada por la Supersalud y radicadas en la institución el día 9 de diciembre de 2015.

Cordialmente,



**Dr. HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO**  
Asesor Desarrollo de Servicios.

*Nidia Esperanza Vargas Malaver*  
Proyecto: NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER, Enfermera Líder PAMEC- Acreditación

**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**  
**PAMEC**  
**INFOME DE AVANCES A DICIEMBRE**  
**2015**



Construyendo Camino a la Excelencia

**NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER**  
**ENFERMERA MG.**  
**LÍDER DE ACREDITACIÓN Y PAMEC**  
**OFICINA DE CALIDAD**

**Diciembre 2015**



## INFORME AVANCES PAMEC A DICIEMBRE 2015.

### INTRODUCCION Y OBJETIVO

Este informe de cierre PAMEC a Diciembre de 2015, está enfocado en la verificación del cumplimiento según cronograma de las actividades priorizadas a principio de año y de esta manera se da cumplimiento con la implementación de esta herramienta como instrumento para el mejoramiento continuo de la calidad de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

### METODOLOGÍA PARA EL SEGUIMIENTO

Se realizaron reuniones según cronograma de trabajo, previamente acordado con los líderes y el acompañamiento de los demás integrantes, asesorando el desarrollo de las actividades, verificando metodología de trabajo y recolectando las evidencias. Siempre asegurándonos de que estas actividades generen impacto en todos los procesos de calidad.

En esta etapa se hace énfasis, en la importancia del fortalecimiento del proceso, aunando esfuerzos, involucrar a todo el equipo de colaboradores para seguir avanzando y recrear estrategias si se amerita para el cumplimiento de las metas .La reflexión permanente, la evaluación constante de barreras y fortalezas contribuyen en el fomento de la cultura de la calidad, para así asegurar el mantenimiento de lo implementado y luego encaminar otras acciones contribuyentes, sin que la anterior quede olvidada sino que permanezca generando impacto y cambio en la cultura organizacional.

### RESULTADOS

#### CUADRO DE RESUMEN CONSOLIDADO A DICIEMBRE. PAMEC 2015

En el cuadro adjunto se referencia el grupo de estándar con su porcentaje de cumplimiento de avances a diciembre de 2015 con una evaluación total del 100% al corte ya mencionado.

| INFORME DE SEGUIMIENTO AL PAMEC 2015 |                         |                     |   |                  |   |          |   |                |   | FECHA DE CORTE |   | 2015/12/31 |   |                |   |         |   |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|---|------------------|---|----------|---|----------------|---|----------------|---|------------|---|----------------|---|---------|---|
| EJECUCION DEL PAMEC                  | ESTADO DE AVANCE        | CLIENTE ASISTENCIAL |   | DIRECCIONAMIENTO |   | GERENCIA |   | TALENTO HUMANO |   | AMB. FISICO    |   | TECNOLOGIA |   | G. INFORMACION |   | CALIDAD |   |
|                                      |                         | COMPLETO            | 5 | 100%             | 4 | 100%     | 5 | 100%           | 8 | 100%           | 6 | 100%       | 5 | 100%           | 4 | 100%    | 5 |
| EN DESARROLLO                        | 0                       | 0%                  | 0 | 0%               | 0 | 0%       | 0 | 0%             | 0 | 0%             | 0 | 0%         | 0 | 0%             | 0 | 0%      | 0 |
| ATRASADO                             | 0                       | 0%                  | 0 | 0%               | 0 | 0%       | 0 | 0%             | 0 | 0%             | 0 | 0%         | 0 | 0%             | 0 | 0%      | 0 |
| NO INICIADO                          | 0                       | 0%                  | 0 | 0%               | 0 | 0%       | 0 | 0%             | 0 | 0%             | 0 | 0%         | 0 | 0%             | 0 | 0%      | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION              |                         | 100%                |   | 100%             |   | 100%     |   | 100%           |   | 100%           |   | 100%       |   | 100%           |   | 100%    |   |
| ACCIONES EVALUADAS                   |                         | 5                   |   | 4                |   | 5        |   | 8              |   | 6              |   | 5          |   | 4              |   | 5       |   |
| CUMPLIMIENTO                         | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | 5                   |   | 4                |   | 5        |   | 8              |   | 6              |   | 5          |   | 4              |   | 5       |   |
|                                      | ACTIVIDADES COMPLETAS   | 5                   |   | 4                |   | 5        |   | 8              |   | 6              |   | 5          |   | 4              |   | 5       |   |
|                                      | % CUMPLIMIENTO          | 100%                |   | 100%             |   | 100%     |   | 100%           |   | 100%           |   | 100%       |   | 100%           |   | 100%    |   |

Fuente: Seguimiento PAMEC 2015 a Diciembre.

La ejecución PAMEC a Diciembre alcanzo un 100% de las 42 acciones programadas y el Porcentaje de cumplimiento alcanzo un 100% .

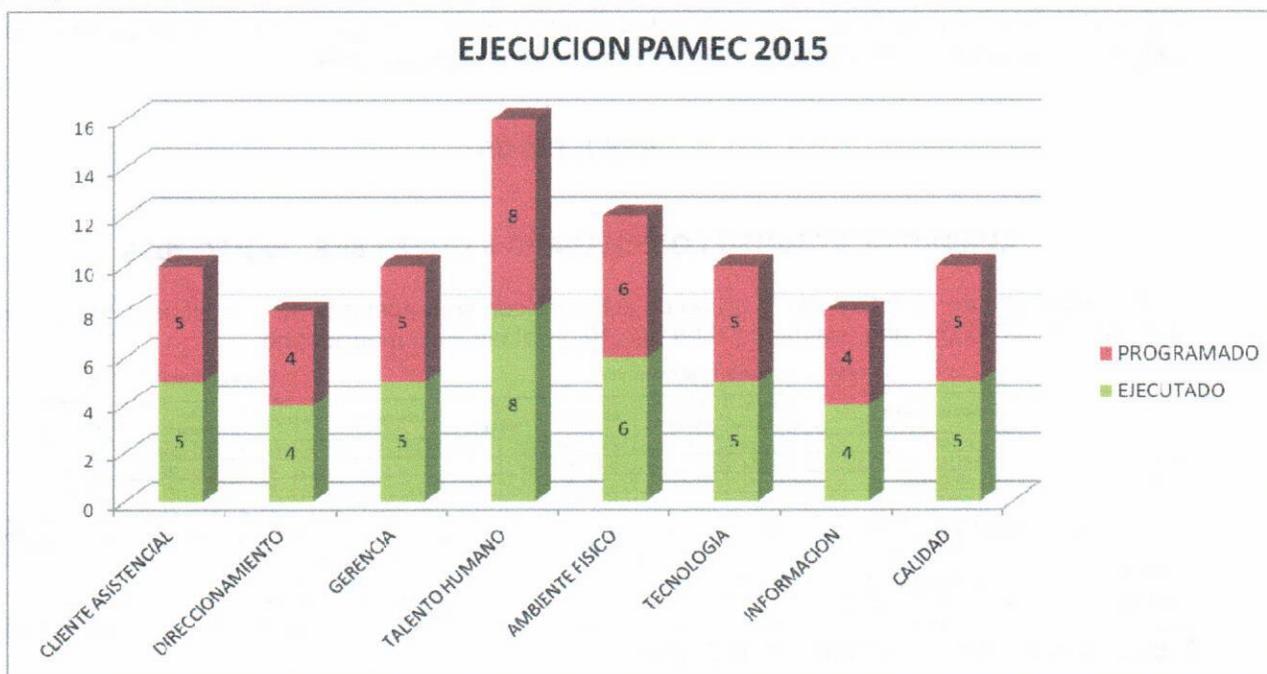
**EJECUCION PAMEC E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. DICIEMBRE 2015**

| GRUPO DE ESTANDAR          | PROGRAMADO | EJECUTADO |
|----------------------------|------------|-----------|
| CLIENTE ASISTENCIAL        | 5          | 5         |
| DIRECCIONAMIENTO           | 4          | 4         |
| GERENCIA                   | 5          | 5         |
| TALENTO HUMANO             | 8          | 8         |
| AMBIENTE FISICO            | 6          | 6         |
| TECNOLOGIA                 | 5          | 5         |
| INFORMACIÓN                | 4          | 4         |
| MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | 5          | 5         |

Fuente: Seguimiento PAMEC 2015 a Diciembre.

De las 42 acciones programadas, se han ejecutado las 42 dando cumplimiento a lo comprometido desde el comienzo de la vigencia y de lo cual se hace descripción más adelante.

**Grafica Ejecución PAMEC: E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Diciembre 2015.**



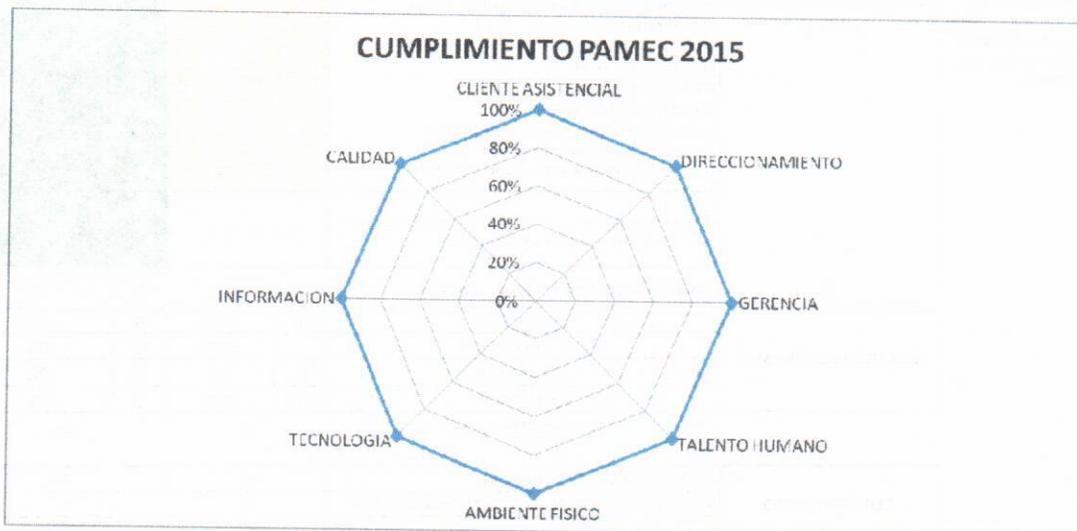
Fuente: Seguimiento PAMEC 2015 a Diciembre 31 de 2015.

**CUADRO CUMPLIMIENTO PAMEC E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 2015**

|                     | PROG | EJEC |      |
|---------------------|------|------|------|
| CLIENTE ASISTENCIAL | 5    | 5    | 100% |
| DIRECCIONAMIENTO    | 4    | 4    | 100% |
| GERENCIA            | 5    | 5    | 100% |
| TALENTO HUMANO      | 8    | 8    | 100% |
| AMBIENTE FISICO     | 6    | 6    | 100% |
| TECNOLOGIA          | 5    | 5    | 100% |
| INFORMACION         | 4    | 4    | 100% |
| CALIDAD             | 5    | 5    | 100% |

Fuente: Seguimiento PAMEC 2015 a Diciembre.

**GRAFICA CUMPLIMIENTO PAMEC 2015 . DICIEMBRE.**



Fuente. Seguimiento PAMEC 2015 a Diciembre

Los porcentajes de cumplimiento de cada estándar están relacionados con los compromisos por cronograma, porcentajes restantes estará en términos de los alcances con cada acción de mejoramiento prevista.

**1. CLIENTE ASISTENCIAL:**

Porcentaje de ejecución 100% y el cumplimiento del 100%.

| ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA   | OPORTUNIDAD DE MEJORA  | ACCIONES DE MEJORAMIENTO   | SEGUIMIENTO 1 |          | SEGUIMIENTO 2 |          |
|--|--|--|---------------|----------|---------------|----------|
|  |  |  | 2015/09/01    |          | 2015/12/31    |          |
|  |  |  | Estado        |          | Estado        |          |
| La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:  | Fortalecer la cultura de seguridad del paciente enfocada en la transformación cultural.                              | Ejecutar las acciones para el Fomento cultura de Seguridad del Paciente y los componentes, Fomento de los procesos seguros.  | EN DESARROLLO |          | COMPLETO      |          |
|  |  | Realizar seguimiento y presentar avances en comité de seguridad del paciente   | EN DESARROLLO |          | COMPLETO      |          |
| La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. | Implementar las recomendaciones que sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente | socializar las guías de practica segura con los coordinadores y demás partes involucradas.<br>Identificación de paciente<br>Prevención de infecciones<br>Reducción de caídas<br>Binomio madre hijo<br>Seguridad en los medicamentos<br>Seguridad en procedimientos quirúrgicos<br>Prevención de úlceras de presión<br>Prevención complicaciones asociadas a transfusiones  | COMPLETO      |          | COMPLETO      |          |
|  |  | Implementar las guías de practica segura con los coordinadores y demás partes involucradas.<br>Identificación de paciente<br>Prevención de infecciones<br>Reducción de caídas<br>Binomio madre hijo<br>Seguridad en los medicamentos<br>Seguridad en procedimientos quirúrgicos<br>Prevención de úlceras de presión<br>Prevención complicaciones asociadas a transfusiones | EN DESARROLLO |          | COMPLETO      |          |
|  |  | Evaluar la implementación de la aplicación de las guías de practica segura de atención.  | NO INICIADO   |          | COMPLETO      |          |
| <b>5</b>   |  | <b>Total 5 Acciones de Mejoramiento</b>  | <b>5</b>      | <b>%</b> | <b>5</b>      | <b>%</b> |
| <b>EJECUCION DEL PAMEC</b>   |  | COMPLETO   | 1             | 100%     | 5             | 100%     |
|  |  | EN DESARROLLO  | 3             | 300%     | 0             | 0%       |
|  |  | ATRASADO   | 0             | 0%       | 0             | 0%       |
|  |  | NO INICIADO  | 1             | 100%     | 0             | 0%       |
|  |  | ACCIONES EVALUADAS   | 5             |          | 100           |          |
| <b>CUMPLIMIENTO</b>  |  | ACTIVIDADES PROGRAMADAS  | 5             |          | 5             |          |
|  |  | ACTIVIDADES COMPLETAS O EN DESARROLLO  | 4             |          | 5             |          |
|  |  | <b>% CUMPLIMIENTO</b>  | 80%           |          | 100%          |          |

Porcentaje de ejecución del estándar cliente Asistencial 100% y porcentaje de cumplimiento en un 100%

### Estándar 6.

La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:

#### Criterios:

- La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.
- La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.
- La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.



### Primera acción de mejoramiento

#### **Ejecutar las acciones para el Fomento cultura de Seguridad del Paciente y los componentes, Fomento de los procesos seguros.**

Para dar cumplimiento a esta acción de mejora, se realizaron las siguientes actividades:

- ✓ Medición de la cultura de seguridad: se encuentra en aplicación de la encuesta CODIGO: OADS-CA-F-71 de PERCEPCION CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. La cual recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos en el Hospital San Rafael de Tunja. Le llevará 10 minutos completarla. Una vez culminada se realizará el respectivo análisis y se presentará en comité de seguridad del paciente.
- ✓ La institución cuenta con un programa de Seguridad aprobado mediante resolución 077 del 28 de abril de 2014
- ✓ Se realizan sesiones periódicas del comité de seguridad de pacientes.
- ✓ La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. Se realiza mediante rondas epidemiológicas cada dos meses. Código: SSS-SADT-VSP-F-11LISTA DE CHEQUEO RONDAS EPIDEMIOLOGICAS y se realiza búsqueda activa de infecciones por los diferentes servicios del hospital.
- ✓ Se tiene el manual del sistema de reporte y gestión de eventos. En el cual se establecen las directrices para la gestión de los mismos. CÓDIGO: CA-M-09 MANUAL DEL SISTEMA DE REPORTE Y GESTION DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCION EN SALUD. El seguimiento a la aplicación del Manual de Sistema de Reporte de Eventos Adversos como parte del Programa Institucional de Mejoramiento Continuo de la Seguridad Clínica será liderado por el profesional designado como Medico Auditor del Programa Seguridad del Paciente de la Institución, en acompañamiento permanente de los demás integrantes del Programa, la ejecución del manual será responsabilidad de todo el cliente interno del Hospital San Rafael de Tunja.
- ✓ Una vez se detecta el incidente o evento adverso relacionado con la atención del paciente, el personal del servicio debe tener en cuenta lo descrito en el procedimiento Reporte y gestión de eventos relacionados con la atención del paciente código: CA-PR-17.
- ✓ El Reporte se realizará utilizando el formato establecido –Cód: CA-F-62 reporte por correo o entrega en la oficina de calidad. Los reportes se centralizarán en la oficina de seguridad del paciente.
- ✓ Una vez se reporta al líder del Programa de Seguridad del Paciente de la Institución, el evento relacionado con la seguridad en el formato establecido, se ingresarán el reporte en la base de datos de eventos relacionados con la atención del paciente reportados CA-F-77 y se somete a clasificación y priorización de eventos teniendo en cuenta las variables frecuencia, severidad y posibilidad de prevención. De esta manera se califica de 1 a 3 y el total se obtiene de la sumatoria de las anteriores variables, conforme al siguiente formato, Código CA-F-76.
- ✓ Se diseño el manual de rondas de seguridad PROTOCOLO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CÓDIGO: CA-PT-01 LISTA DE CHEQUEO RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CODIGO: CA-F-80. Se implementó La metodología.
- ✓ Se realiza ronda de seguridad y se hace retroalimentación de hallazgos en el servicio.

### Segunda acción de mejoramiento

**Realizar seguimiento y presentar avances en comité de seguridad del paciente. Una vez documentados, será obligación de cada coordinador garantizar la socialización e implementación de estos a todo el personal que le corresponda.**

- ✓ Una vez se realiza la clasificación se procede a determinar el nivel de análisis y gestión de los eventos relacionados con la atención en salud



- ✓ Si el evento es clasificado en nivel 1 o 2: El equipo conformado por el coordinador de proceso o servicio, personal del servicio involucrado con el evento y en caso de ser necesario los líderes de procesos (farmacovigilancia, Tecnovigilancia, biomédica, etc.), establecerán las acciones de mejoramiento (correctivas y preventivas), en el Formato de Reporte de eventos relacionados con la atención del paciente Código CA-F-62
- ✓ Si el evento es clasificado como nivel 3 se conformará el equipo para la unidad de análisis que estará integrado por el líder del Programa de Seguridad del paciente, coordinadora de enfermería, coordinador de proceso o servicio, personal relacionado con el evento, líderes de procesos (farmacovigilancia, tecnovigilancia, biomédica, etc.) en caso de ser necesario según el evento. El análisis y gestión del evento se realizará aplicando la metodología ANCLA diligenciando el FORMATO COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN CLÍNICA UNIDAD DE ANÁLISIS CA-F-64.
- ✓ Para el análisis del evento, se tomará como referencia el **modelo ANCLA** propuesto por ICONTEC, donde se logra determinar los factores contribuyentes para la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. El modelo contempla cinco niveles de investigación que permiten identificar los actos inseguros, las precondiciones para actos inseguros (Modelo SHELL), la supervisión, las influencias organizacionales y la influencia de la legislación y el estado, como herramienta para definir las recomendaciones adecuadas y su respectivo plan de acción.
- ✓ Dicha metodología fue aprobada mediante sesión del Comité de seguridad del paciente y gestión Clínica del Hospital San Rafael de Tunja vigencia 2013, como método de investigación y análisis de los eventos.
- ✓ El registro del análisis de eventos relacionados con la atención en salud, en el Hospital San Rafael de Tunja se efectuará en el FORMATO COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN CLÍNICA UNIDAD DE ANÁLISIS CA-F-64.
- ✓ el equipo que realiza la unidad de análisis establecerá el plan de mejora en el Formato Cód.: CA-F-12 FORMATO INSTITUCIONAL PARA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS, diligenciando la totalidad de las casillas contenidas en el formato.
- ✓ El plan de mejoramiento se implementará para mitigar el riesgo de que el evento adverso o incidente vuelva a presentarse.
- ✓ El plan de mejoramiento será revisado y aprobado por el Líder del Programa de Seguridad del paciente.
- ✓ Cuando las acciones de mejoramiento impliquen la gestión de recursos (humanos, económicos, entre otros) deberá ser aprobado por la gerencia y la Subgerencia de Servicios de Salud.

#### Estándar No 7

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

#### Tercera acción

#### Socializar las guías de práctica segura con los coordinadores y demás partes involucradas.

- ✓ Se diseñó el Manual para la implementación CÓDIGO: CA-M-01 MANUAL IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
- ✓ Se diseñó cronograma: Plan de trabajo implementación buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de salud y Protección social. E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.
- ✓ Se realizaron las reuniones programadas de socialización de las mismas con el grupo de cliente asistencial. Y se soportan las respectivas evidencias.



- ✓ Se diseñaron los cursos de las buenas prácticas y se dio el trámite para su audición, edición y publicación en la página web.

### **Implementar las guías de práctica segura con los coordinadores y demás partes involucradas.**

- ✓ En la implementación de las guías de práctica segura se elaboraron listas de chequeo Código: CA-F-83 relacionadas con el soporte documental necesario para la implementación de las mismas y la lista de chequeo relacionada con las barreras a observar durante las rondas de seguridad del paciente.
  - ✓ Se asignan responsables para la implementación de las mismas.
  - ✓ Se revisan la existencia y estado de documentos institucionales necesarios para la implementación de las mismas y se establece cronograma de ajustes, que dará hasta finales de la vigencia.
  - ✓ Se proyecta documento para realizar investigación práctica segura "Asegurar la correcta identificación en los procesos asistenciales".
  - ✓ Se realizaron listas de chequeo producto del análisis de la documentación institucional para el desarrollo de la buena práctica y la metodología del ministerio relacionado con la buena práctica.
  - ✓ Se conforma un grupo de investigación conjunto universidad UPTC- hospital, con la finalidad de documentar y proyectar una experiencia exitosa basada en la buena práctica de identificación de los pacientes como barrera para prevenir eventos adversos.
  - ✓ Se hace la difusión de los cursos de seguridad del paciente taxonomía y buenas prácticas relacionadas con la identificación de pacientes y la prevención de caídas de los pacientes. Se realizaron un curso taller relacionado con cirugía segura y trabajo en equipo en salas de cirugía.
- Evaluar la implementación de la aplicación de las guías de práctica segura de atención.**
- ✓ Se diseña instrumento CA-F- 81 Lista De chequeo aplicación protocolo de prevención de caídas en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja y CA-F-08 Lista de chequeo aplicación procedimiento identificación de pacientes. Lista de chequeo aplicación procedimiento transfusión segura. Cod: LB-F-36.
  - ✓ Se prueban instrumentos diseñados para medir buena práctica priorizadas.
  - ✓ Se aplican listas de chequeo para medición de adherencia de las buenas prácticas priorizadas.
  - ✓ Se realiza medición, se realiza informe y se socializa en Comité de Seguridad del paciente.

## **ESTANDARES DE APOYO**

### **ESTANDARES DE APOYO**

#### **2. DIRECCIONAMIENTO**

**Porcentaje de de ejecución del 100%, cumplimiento de un 100%. De las acciones programadas.**

#### **Estándar 75. Código: (DIR3)**

**Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:**

**Criterios:**



- ✓ La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
- ✓ Aspectos éticos y normativos.
- ✓ Los cambios del entorno.
- ✓ La seguridad del paciente y los colaboradores.
- ✓ El enfoque y la gestión de riesgo.
- ✓ La humanización durante la atención del usuario y su familia.
- ✓ La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
- ✓ Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- ✓ La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
- ✓ Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
- ✓ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.
- ✓ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.
- ✓ La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
- ✓ Las necesidades del usuario y su familia.
- ✓ La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
- ✓ Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

### Primera acción

#### **Evaluar las estrategias en materia de responsabilidad social y el impacto que están teniendo sobre el medio y partes interesadas**

- ✓ Se realizó la jornada de planeación institucional, en donde se evalúa cumplimiento POA, vigencia anterior y se hacen las recomendaciones pertinentes relacionadas con cumplimiento de indicadores.
- ✓ Se realizó seguimiento de cumplimiento de mapa de riesgo, dicha herramienta está convalidada cumple con los estándares de MECI, está diseñada para realizar tres seguimientos al año. (primero autoevaluación oficina calidad, segundo gerencia y tercero control interno). Esta herramienta ha permitido organizar la información sobre los riesgos de la empresa y visualizar su magnitud con el fin de establecer las estrategias adecuadas para su manejo. Durante el primer semestre se evidencia con la autoevaluación realizada por la oficina de calidad.
- ✓ La estrategia paciente trazador continua en su implementación. Esta estrategia ha permitido enfocar los procesos de auditoría en los sistemas de operación críticos para la calidad y la seguridad del paciente, creando un método de evaluación eficaz para determinar el funcionamiento de la institución en los cuidados y servicios proporcionados, según la experiencia del paciente. De igual manera ha servido para identificar oportunidades de mejora en los momentos de la atención de un paciente dentro de su paso por la institución, generando planes de acción que propendan por optimizar las fortalezas identificadas y mejorar los procesos internos en los que se identifiquen falencias, garantizando una atención segura, con calidad, calidez, humanización, oportunidad y pertinencia.
- ✓ Se realizó la evaluación de la metodología y la determinación de los ajustes requeridos para continuar aplicándolo en los servicios por cubrir en el año 2016.
- ✓ La revisión de la estrategia Benchmarking para la referenciación competitiva y comparativa en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Han permitido a la institución a través del análisis comparativo de factores claves de éxito para un servicio determinado, orientado al análisis de resultado soportado en procesos claramente identificados y potencialmente comparables establecer

qué tipo de mejoras vale la pena implementar para mejorar el desempeño. Por esta razón en esta vigencia son material de análisis por parte de los coordinadores de los diferentes estándares para estudio de viabilidad.

- ✓ Se dio cumplimiento al plan de referenciación proyectado y se evaluaron alcances.

### **Segunda acción**

#### **Definir mecanismos que permitan fortalecer la transformación cultural de la institución**

- ✓ Se han definido los mecanismos que permiten la transformación cultural de institución, a partir de estos: la estrategia de humanización, Plan anticorrupción, Código de ética, y buen gobierno, Programa Renacer, Gestión del riesgo medido a través de los comités de seguridad del pacientes, mortalidad, infecciones y vigilancia epidemiológica. Se desarrolla dentro de la institución una cultura corporativa fuerte de gestión del riesgo, lo que a su vez se traduce en una actitud de cambio y un elevado compromiso.
- ✓ El Modelo Estándar de Control Interno (Decreto 943 de 2014 y Decreto 1599 de 2005), ha sido una herramienta gerencial, cuyo fin es el de servir de control de controles, para que la institución logre cumplir sus objetivos institucionales y con el marco legal aplicado a ellas. Desde allí se hace seguimiento al Plan anticorrupción y al mapa de riesgos institucional, este último en donde se define por cada uno de los riesgos las acciones prevenibles para la evitación o el control de los mismos.
- ✓ De igual manera se establecieron diferentes estrategias tales como: mensajes protector de pantalla, en el cual se hacen llamados al cambio y sensibilización frente a la cultura institucional; se aplicaron encuestas de percepción "Encuesta percepción, cambio y cultura institucional". Se anexa informe.
- ✓ Se realizaron charlas de humanización, seguridad del paciente, carteles en los diferentes servicios .
- ✓ Se realizó la campaña estoy vacunado soy 100% buena actitud.
- ✓ La institución cuenta con un programa de Seguridad del paciente aprobado mediante resolución 077 del 28 de abril de 2014
- ✓ Medición de la cultura de seguridad: se encuentra en aplicación de la encuesta CODIGO: OADS-CA-F-71 de PERCEPCION CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- ✓ Promoción de cultura de seguridad del paciente mediante la implementación de las buenas prácticas de la atención en salud, Se diseña el Manual para la implementación CÓDIGO: CA-M-01 MANUAL IMPLEMENTACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.
- ✓ Se socializaron los cursos de buenas prácticas priorizados a través del aula virtual institucional.

### **Tercera acción**

#### **Implementar estos mecanismos que impacten en la prestación del servicio bajo consideraciones de humanización, seguridad del paciente, gestión del riesgo.**

- ✓ Acción en desarrollo.
- ✓ La institución cuenta con una política de humanización del servicio Resolución 285 de 2013
- ✓ El programa de humanización del servicio se avala mediante la matriz que incluye las actividades siguiendo la metodología SW-1H adelantada en el comité de ética hospitalario

- ✓ Se cuenta con indicadores de evaluación a través de la encuesta de satisfacción con las preguntas: ¿fue respetada su intimidad durante la atención?, ¿sintió que en algún momento de la atención fue discriminado?
- ✓ Indicador del número de quejas por trato tramitadas en el período, número de felicitaciones por servicio.
- ✓ Se inicio con estudio e intervención en la transformación cultural, en compañía con el área de psicología organizacional de la UPTC .Esta actividad se terminó de ejecutar en el mes de diciembre de 2015.

#### **Cuarta acción.**

#### **Evaluar la implementación de los mecanismos**

- ✓ La evaluación se hace mediante entrevista abierta y aleatoria sobre el proceso de inducción en el puesto de trabajo, ejes transversales ,seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural. Se toma lo que se pudo percibir y como se puede mejorar.
- ✓ Se replicó una encuesta aleatoria relacionada con los ejes transversales sobre humanización del paciente, comunicación y transformación cultural con el propósito de indagar con el personal asistencial el cumplimiento de esta temática en la inducción general y específica tanto al personal nuevo como al antiguo.
- ✓ Se realizó un cronograma de capacitación donde se incluyeron charlas de humanización al personal con más de 300 participantes de todas las áreas.
- ✓ Con respecto a Cultura organizacional se realizo sensibilización conceptos de cultura organizacional, se aplico instrumento de medición de cultura organizacional para el levantamiento de la información dirigida a todo el personal de toda la institución así como la intervención y realización de una campaña al interior de la ESE a través de diferentes estrategias con el propósito de fortalecer los procesos de cambio cultural.
- ✓ Se aplicó encuesta relacionada con los medios de comunicación institucionales.
- ✓ Los cursos virtuales tenían establecido su propio proceso de autoevaluación y se reforzó con la aplicación de la lista de chequeo para medir adherencia, que indirectamente también mide la apropiación de conceptos y directrices a seguir.
- ✓ A través de la metodología paciente trazador también se pudo obtener a través de la voz del paciente la percepción si la institución es humanizada o no.

### **3. GERENCIA**

**Porcentaje de ejecución 100%, cumplimiento en un 100%.**

#### **Estándar No 88**

Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.

\* Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.

- Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.
- La descripción del proceso de atención al cliente.

**Primera acción de mejoramiento:**



### Revisión de política en materia de responsabilidad social

- ✓ La E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, se compromete con el desarrollo y la implementación sistemática de programas y proyectos articulados con la prestación de sus servicios para dar respuesta efectiva a las necesidades de sus clientes y la sociedad y medio ambiente. Componentes desarrollados :Institución amiga de la mujer y de la infancia IAMI, Buenas prácticas en la elaboración de medicamentos; Programa de atención integral del paciente viviendo con VIH, Programa de atención integral del paciente con enfermedad isquémica cerebral, Programa madre canguro, Proyecto manejo integral del paciente oncológico, control y monitoreo institucional del trabajo en equipo, proyecto tele salud ,Proyecto amigos del corazón.
- ✓ A través del Comité ordinario del Código de ética se realiza la revisión de la política de responsabilidad social. Y despliegue del Código de ética.
- ✓ Se cuenta con los procedimientos documentados para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios a través de las encuestas de percepción de satisfacción, la verificación y tramite de apertura de buzones de sugerencias y tramite de quejas. Y consolidación de la información de un informe que se realiza publicación trimestral en los diferentes medios (pag web, comité de ética hospitalaria).
- ✓ Buzones de cliente interno para conocer la necesidades del cual se obtiene informe

### Segunda acción de mejoramiento

#### Definir los componentes o ejes de la responsabilidad social

El objetivo este eje es fomentar la responsabilidad social a través de programas institucionales dirigidos al paciente y su familia, en la actualidad la institución con 11: IAMI, BPE FARMACIA, PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTE VIVIENDO CON EL VIRUS DE VIH (B24), TROMBOLISIS, MADRE CANGURO, CONTROL Y MONITOREO INSTITUCIONAL DE TRABAJO EN EQUIPO, TELESALUD, AMIGOS DEL CORAZON, MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO, RENACER, BUEN TRATO, a los cuales se les realiza seguimiento periódico.

### Tercera acción de mejoramiento

#### Despliegue de los ejes de responsabilidad social

Se cuenta con la matriz de seguimiento, la cual contiene las actividades propias de cada programa y su evaluación.

- ✓ La institución ha continuado fortaleciendo la estrategia IAMI, para esto se realizo una visita institucional al Hospital san Rafael de Facatativa, dado que están certificados, dos especialistas realizaron visita a la Fundación Santa Fe y se solicito y realizo una visita preevaluación por parte de la Fundación Santa Fé de Bogotá, obteniéndose muy buenos resultados.
- ✓ Se hizo nueva socialización y relanzamiento del Programa Piel sana, se diseñaron instrumentos de medición identificando pacientes de riesgo, se aplico lista de chequeo de la documentación requerida para la implementación de la buena práctica, se realizo vista de referenciación al hospital san José de Bogotá, institución acreditada.
- ✓ Se hizo relanzamiento del Programa amigos del corazón y del programa de atención integral del paciente viviendo con VIH.
- ✓ Se realizo en la feria de la inducción y re inducción en la semana San Rafael se desarrollo la sensibilización y socialización de los programas que hacen parte de la política de responsabilidad social.
- ✓ Proyecto manejo integral del paciente oncológico, se organizo el grupo de trabajo, se diseño el proyecto de factibilidad.

- ✓ control y monitoreo institucional del trabajo en equipo. Se realizó una capacitación por parte del grupo SCARE con la participación del grupo de cirugía frente al tema de trabajo en equipo cirugía segura.
- ✓ Capacitación en trabajo en equipo, temperamento, manejo de conflictos, relaciones interpersonal y comunicación organización y transformación cultural, humanización en salud, atención al usuario valores código de ética sensibilización en humanización código de ética
- ✓ Programa de atención integral del paciente con enfermedad isquémica cerebral. Se continua la sensibilización permanente a través de capacitaciones y conferencias por medios institucionales y extra institucionales. De igual manera se continua el desarrollo del programa como institución piloto en el departamento
- ✓ BPE FARMACIA. Se realizó referenciación en el Hospital de la Misericordia para revisar el tema de elaboración de formulas magistrales pediátricas, se continua fortaleciendo el comité de farmacovigilancia, se lleva seguimiento y medición de adherencia al uso racional de antibióticos y la socialización de la misma en el comité de infecciones. Se hizo la revisión documental existente y relacionada con la buena práctica.

### Estándar No 99

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:

- ✓ Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo
- ✓ Monitorización y gestión de la cartera.
- ✓ Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- ✓ Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- ✓ Análisis de la productividad.
- ✓ Análisis de costos.
- ✓ Gestión de inventarios.
- ✓ Gestión de seguros.
- ✓ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- ✓ Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
- ✓ Auditoría y mejoramiento de procesos.
- ✓ Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,
- ✓ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.

**Actualizar el código de ética y de buen gobierno a los requerimientos de planeación para el periodo. Se incluyeron políticos las últimas y los programas actuales.**

- ✓ De acuerdo a los requerimientos del estándar se realizó ajuste y actualización del código de ética, en donde se incluyen las últimas directrices del Ministerio de Protección Social, políticas y programas actuales.
- ✓ Se rodaron 1200 cartillas del código de ética.

**Socializar e implementar el código de ética y buen gobierno, garantizando su recordación, entendimiento y cumplimiento del mismo, por el cliente interno.**

- ✓ Se realiza despliegue del código de ética a través de la pagina web de la institución, correo electrónico y documento en físico, el cual se entrega a todos los colaboradores de la institución.
- ✓ Todas las personas que ingresan a la institución reciben la cartilla del código de ética y deben realizar el curso de inducción y re inducción donde se maneja el tema.

- ✓ El médicos internos reciben el programa de inducción y la cartilla del código de ética.
- ✓ La institución guarda la evidencia de las actas de compromiso de los funcionarios frente al código de ética, una vez se recibe el documento.

#### **4. GERENCIA DE TALENTO HUMANO**

##### **Cumplimiento a la fecha 100% según cronograma**

Frente a desarrollo de las acciones se puede anotar que el 100% están completas.

##### **Estándar No 103**

Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:

Criterios:

- ✓ Legislación.
- ✓ Evaluación periódica de expectativas y necesidades.
- ✓ Evaluación periódica del clima organizacional.
- ✓ Evaluación periódica de competencias y desempeño.
- ✓ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.
- ✓ Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- ✓ Análisis de puestos de trabajo.
- ✓ Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.
- ✓ Políticas de compensación y definición de escala salarial.
- ✓ Estímulos e incentivos.
- ✓ Bienestar laboral.
- ✓ Necesidades de comunicación organizacional.
- ✓ Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.
- ✓ Relación docencia-servicio.
- ✓ Efectividad de la respuesta.

##### **Primera acción de mejora**

##### **Desplegar estrategia para que el cliente interno manifieste y mejore las necesidades de comunicación organizacional**

- ✓ Se cuenta con el Plan de comunicaciones aprobado para el año 2015, mediante Acta del Comité Directivo de del 30 de marzo. Dicho plan contempla las estrategias para el despliegue de acciones encaminadas a fortalecer las necesidades de comunicación organizacional al interior de la institución. Formato código SAF-TH-F-04 : Comentarios, sugerencias y /o felicitaciones.
- ✓ Se cuenta con buzones de sugerencias cliente interno desplegadas por la diferente área asistencial y administrativa para los efectos esperados la comunicación de necesidades del cliente interno.
- ✓ De igual manera se cuenta con la oficina de psicología organizacional, donde se identifican necesidades de comunicación organizacional y se hace la intervención mediante orientación psicosocial.



- ✓ También es importante mencionar que los servicios cuentan con carteleras para facilitar la comunicación de interés del servicio y necesidades de la institución en materia de comunicación ejemplo circulares.
- ✓ Se cuenta con diseño de encuesta para medir la efectividad de los medios de comunicación.

### **Segunda acción de mejoramiento.**

#### **Consolidar las necesidades más representativas en materia de comunicación organizacional**

- ✓ El consolidado de quejas sugerencias y felicitaciones del cliente interno producto de los reportes en los buzones, vía intranet, correo electrónico, reuniones de servicios se proyecta para la gerencia en un informe semestral

### **Tercera acción de mejoramiento**

#### **Intervenir aquellas necesidades que más impacten en materia de comunicación organizacional**

- ✓ Psicología organizacional se desplaza por los servicios para conocer de viva voz del cliente interno aquellas necesidades que más impacten en materia de comunicación organizacional.
- ✓ Ya identificadas, se interviene las necesidades de comunicación individual y por área haciendo reuniones de servicio capacitación en mejora de la comunicación asertiva y fortalecimiento de la comunicación entre áreas y procesos.

#### **Estándar No 108.**

Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:

Criterios:

- ✓ Direccionamiento estratégico.
- ✓ Inducción y reinducción.
- ✓ Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.
- ✓ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.
- ✓ Código de ética y código de buen gobierno.
- ✓ Modelo de atención.
- ✓ Portafolio de servicios.
- ✓ Estructura organizacional.
- ✓ Expectativas del desempeño.
- ✓ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.
- ✓ Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- ✓ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.
- ✓ Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.
- ✓ Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.
- ✓ Comisiones clínicas.
- ✓ La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.
- ✓ El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.
- ✓ Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.

- ✓ El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.
- ✓ Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.
- ✓ Cuarta acción

#### **Cuarta acción de mejoramiento.**

##### **Desplegar estrategias al personal nuevo encaminadas a seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural**

- ✓ La institución cuenta con una plataforma virtual, con la cual se imparte capacitación relacionada con la inducción, re inducción dirigida a todo el personal en temas relacionados con seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural.
- ✓ Se realizó el curso virtual de seguridad del paciente buenas prácticas priorizadas.
- ✓ Se realizó la feria de inducción y re inducción para los colaboradores de la institución en donde el objetivo fue la seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural a través de los diferentes programas institucionales que hacen parte de la política de responsabilidad social implementada en la institución.
- ✓ De igual manera la institución realiza inducción en el puesto de trabajo con el liderazgo de los coordinadores de los servicios para de esta manera garantizar procesos seguros y humanizados para el paciente.

#### **Quinta acción de mejoramiento.**

##### **Evaluar mediante entrevistas abiertas y aleatorias sobre el proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural**

- ✓ Psicología organizacional adelanta la tarea de entrevista con el personal en lo relacionado al proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural.

#### **Estándar No 111**

- ✓ La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.

#### **Sexta acción de mejoramiento**

##### **Diseñar estrategias para mejorar comunicación entre unidades funcionales**

- ✓ Se cuenta con el Plan de comunicaciones aprobado para el año 2015, mediante Acta del Comité Directivo del 30 de marzo Dicho plan contempla las estrategias para el despliegue de acciones encaminadas a fortalecer las necesidades de comunicación organizacional entre unidades funcionales.

### Séptima acción de mejoramiento

#### Implementar las estrategias definidas

- ✓ Se cuenta con un cronograma de desarrollo de comunicaciones, el cual contempla las actividades programadas y ejecutadas en los siguientes medios de comunicación: alta voz, boletín virtual, correo electrónico, puntos de comunicación visual (carteleras), fondo de escritorio, campañas internas y cobertura institucional.
- ✓ El Plan de comunicaciones se desarrollo de acuerdo al cronograma.
- ✓ Se implemento el sistema de comunicaciones por radioteléfonos para el personal camillero, secretarias Clínicas y mantenimiento esto hace parte del plan de mejoramiento resultante de la evaluación de la efectividad de los mismos y la propuesta de sistemas funcionales. Esto ha contribuido con la disminución de la contaminación ambiental de los sonidos, la respuesta con mayor oportunidad de los funcionarios solicitados.
- ✓ Se continuó fortaleciendo la comunicación a través de los correos personales.

### Octava acción de mejoramiento

#### Evaluar estrategias definidas

- ✓ Se cuenta con el instrumento para la medición de la efectividad de medios de comunicación
- ✓ Se aplica dicho instrumento en el tiempo previsto según cronograma.
- ✓ Se tiene proyectado según evaluación obtenida de la calificación de medios proyectar los planes de mejora pertinentes.

## **5. GERENCIA DE AMBIENTE FISICO**

Porcentaje de ejecución 100%. Porcentaje de cumplimiento 100%.

### **Estándar No 120**

La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.

Criterios:

- ✓ La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.
- ✓ Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.
- ✓ La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo
- ✓ inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.
- ✓ La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son
- ✓ conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.
- ✓ Protocolos para casos de reúso.
- ✓ Proceso de esterilización seguro.
- ✓ Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.
- ✓ Manejo seguro del servicio de alimentación.
- ✓ Condiciones del espacio físico para aislamiento.

- ✓ El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.

### **Primera acción de mejoramiento**

#### **Evaluar los procesos de limpieza y desinfección en lo relacionado: con preparación de mezclas, tiempo, rotulación, elementos de protección personal (EPP). Completa**

- ✓ Mediante la ejecución de rondas epidemiológicas e inspecciones a los diferentes servicios y procesos se puede establecer la adherencia a los procedimientos de limpieza y desinfección referente a mezclas, tiempos, rotulación y usos de elementos de protección personal.
- ✓ Rondas de autocontrol aplicados por la líder encargada de empresa tercerizada encargada del proceso.
- ✓ Los resultados de las rondas epidemiológicas se socializan en el Comité de infecciones.

### **Segunda acción de mejoramiento**

#### **Revisar los horarios y rutas de recolección internos de entrega de alimentación, medicamentos, transporte de paciente contaminados en ascensores y establecer medidas correctivas. (Revisión de tarjetas de ascensores) Completa**

- ✓ Mediante la ejecución de rondas epidemiológicas e inspecciones a los diferentes servicios y procesos se puede establecer la adherencia a los procedimientos de entrega de alimentación, medicamentos, transporte de paciente contaminados en ascensores y establecer medidas correctivas. Se realizó la (revisión de tarjetas de ascensores).
- ✓ Se rediseñaron las rutas sanitaria se hicieron retablos que contienen los horarios de las rutas de residuos peligrosos, ordinarios, reciclables y disposición de ropa contaminada para el tercer piso y UCI neonatal.
- ✓ Se hizo auditoria al servicio de alimentación y se proyecto plan de mejoramiento, que en el momento está en seguimiento. Formato GAF- 19.
- ✓ Se realizo auditoria para la ruta sanitaria de residuos mediante formato códigos No SAF – GA-F-02,03. Lista de verificación al cumplimiento ambiental. área asistencia y administrativa. y el formato GA-F-14 Reporte de segregación inadecuada de residuos.
- ✓ La oficina de interventora convoco reunión con los servicios tercerizados, donde asistieron: coordinación de enfermería, coordinación de lavandería, aseo, cocina y farmacia, gestión ambiental, se ajusto horario, el servicio de mantenimiento reviso con las coordinaciones mencionadas el inventario de tarjetas para los ascensores 1 y 2 y se verificó la necesidad de las mismas, resolviendo la necesidad de cada uno de los servicios requirentes.
- ✓ A la fecha no se reportaron quejas por incumplimiento de los procesos, lo cual se entiende como un indicador de cumplimiento del proceso.

### **Tercera acción de mejoramiento**

#### **Evaluar la efectividad de las acciones implementadas en materia de rutas sanitarias. Completa por cronograma.**

El líder encargado hace seguimiento de las mismas con las respectivas observaciones que se socializan en el momento de los hallazgos.

#### **Estándar 126**

- ✓ La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.

- ✓ En las instalaciones internas no hay consumo de cigarrillo.

#### **Cuarta acción de mejoramiento**

##### **Desarrollar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo. (completa)**

- ✓ Se establecen estrategias que promueve la disminución del consumo de cigarrillos, adjunto documento de la planeación y ejecución de actividades publicitarias y medios internos de comunicación realizadas. Es importante anotar que la institución blinda su estructura con la prohibición de fumar dentro de ella, pero no ha sido posible controlar en consumo en su parte externa. También es importante tener en cuenta que la decisión de fumar o dejar de hacerlo es únicamente una opción personal, que tiene que ver con la personalidad del individuo. Esto se puede sustentar en la encuesta aplicada en la vigencia anterior.

#### **Quinta acción de mejoramiento**

##### **Implementar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo**

- ✓ Se desarrollo la publicación de avisos alusivos a la sensibilización frente al no fumar mediante fotos, pancartas, piezas publicitarias.
- ✓ Se dio cumplimiento a las acciones programadas.
- ✓ Se mantiene la estrategia de no permitir fumar en las instalaciones.

#### **Sexta acción de mejoramiento.**

##### **Evaluar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo**

- ✓ Se da cumplimiento a la estrategia publicitaria que tenía como objetivo sensibilizar sobre los efectos del cigarrillo con apoyo del proceso de comunicaciones y la utilización de los diferentes medios de comunicación con los que cuenta la institución: parlante, correo institucional, programa de televisión. Adicionalmente se conmemora el día internacional contra el tabaco, en este día se intensifico la campaña publicitaria y colocación de pendones.

Antecedente . En el año 2014 se realizo el diagnóstico de relacionado con el consumo de cigarrillo en donde se establece que el 78% (204) colaboradores no son fumadores en tanto que el 22% (58 colaboradores) son fumadores. De estos el 52% la frecuencia de consumo es diaria. El 88% de las personas dicen conocer los efectos secundarios del consumo del cigarrillo en su propia salud, mas sin embargo mantienen esta costumbre, habito de vida no saludable.

#### **6. GERENCIA DE LA TECNOLOGÍA:**

Porcentaje de ejecución al 100%. Porcentaje de cumplimiento del 100%..

##### **Estándar No 126**

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.

Criterios:

- ✓ Aspectos normativos.

- ✓ Análisis de la relación oferta-demanda.
- ✓ Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.
- ✓ Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.
- ✓ Condiciones del mercado.
- ✓ El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
- ✓ El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
- ✓ La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
- ✓ La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.
- ✓ La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
- ✓ La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- ✓ Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuario y para el personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.
- ✓ El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.
- ✓ La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.

### **Primera acción de mejoramiento**

#### **Revisar y ajustar Manual de adquisición.**

- ✓ Se realizó la revisión del Manual de adquisiciones y el Estatuto interno de Contratación Acuerdo No 019 del 28 de noviembre de 2014 y la Resolución 259 de 2014.
- ✓ Dado que el Acuerdo No 019 del 28 de noviembre de 2014 por medio del cual, la Junta Directiva de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, aprueba el Estatuto interno de Contratación y la Resolución 259 de 2014, mediante la cual la gerencia reglamenta el Estatuto de Contratación. Están vigentes y que en dicho estatuto se establecen las directrices a seguir en materia de las adquisiciones se decide que el manual de adquisiciones Código . IB- M-02, no es un documento pertinente ni necesario y por lo tanto queda derogado por el Acuerdo No 019 de 2014, que aplica al proceso. Concepto conjunto jurídica, ingeniería biomédica, farmacovigilancia.

### **Segunda acción de mejoramiento**

#### **Evaluar aspectos claves del proceso de adquisición de la tecnología mediante indicador: % de cumplimiento del proceso de adquisición total de equipo médicos adquiridos/total de equipos médicos que cumplen con los requisitos de adquisición**

- ✓ Se Cuenta con el formato OABS-IB-F-01 PROCESO DE VALIDACIÓN E INGRESO DE ACTIVOS RELACIONADOS CON EQUIPOS BIOMÉDICOS, el cual permanece en las hojas de vida de los equipos médicos nuevos.
- ✓ Indicador: Total de equipos médicos adquiridos/total de equipos médicos que cumplen con los requisitos de adquisición, se incluyen en la matriz de indicadores del proceso de ingeniería biomédica.

- ✓ En la vigencia 2015. El indicador obtuvo el 100% del alcance esperado, A los 28 equipos que se adquirieron el 2015 se les aplicó el formato IB-F-01 PROCESO DE VALIDACIÓN E INGRESO DE ACTIVOS RELACIONADOS CON EQUIPOS BIOMÉDICOS.
- ✓ Una vez cumple el requisito de revisión por parte de la oficina de ingeniería biomédica, se proyecta el reporte de entrega al servicio correspondiente y se hace entrega formal del mismo, en donde se deja la evidencia de las condiciones de entrega.

### Tercera acción de mejoramiento

#### Documentar y desplegar proceso de evaluación de proveedores.

- ✓ Se realizó ajuste al procedimiento A-PR-01 INGRESO DE MERCANCIAS, en las observaciones del ítem 3, se agrega "En caso de no obtener certificación del recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato, por incumplimiento del proveedor por calidad, oportunidad, cantidad o cualquiera que sea la razón se notificará al área de almacén para realizar la respectiva observación en el kardex de proveedores A-F- 14, para lo cual se deja como anotación negativa y no sería participe de las invitaciones a cotizar a partir de ese momento.
- ✓ En el proceso de ingreso de mercancías de almacén código APR 01, se hace ajuste al mismo haciendo la anotación que al evaluar el cumplimiento del proveedor se debe hacer anotación negativa en caso de incumplimiento y de ello debe quedar evidencia en el kardex de proveedores de la institución, para los efectos pertinentes. Este proceso cierra a final de año

### Cuarta acción de mejoramiento

#### Reajustar procedimiento **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CÓDIGO SF-PR-23, en donde se tenga en cuenta conceptuar anualmente técnicamente con los servicios asistenciales el ingreso a la institución de medicamentos o dispositivos médicos nuevos o la modificación en la licitación pública**

- ✓ En el procedimiento SF-PR-23 ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, en las observaciones del ítem 4 se contempla tener en cuenta los conceptos técnicos del personal clínico para la evaluación de la propuesta de proveedores.
- ✓ Se realizó reajuste del procedimiento ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CÓDIGO SF-PR-23 tomando como referente los procedimientos de contratación directa Código C-PR-02 y el de convocatoria pública y el de subasta inversa Código C-PR-03.

#### Ingresar cláusula contractual para sanción y disenso del contrato al no cumplir con las cláusulas propuestas en cuanto a calidad del producto.

- ✓ Se puede evidenciar que en los contratos están registradas las cláusulas: penal-pecuniaria, multas y exorbitante
- ✓ Desde el estándar se proyecta en los ecos de adquisición de tecnología donde tienen previsto la cobertura del riesgo mediante las pólizas de cumplimiento general del contrato y calidad del producto.
- ✓ En los contratos vigencia 2015 se incluyó en las obligaciones del contratista ítem tales como: el contratista se ve obligado para con el hospital a entregar los certificados de control de calidad de los lotes entregados/el contratista debe garantizar que los elementos ofrecidos son de buena calidad, fabricados de acuerdo a las buenas prácticas de manufactura y cumplen con las normas

vigentes de calidad exigida por el Ministerio de Protección social y demás condiciones ofrecidas en la propuesta.

- ✓ El contratista acepta que en durante la ejecución del contrato , se presenta en alguno de sus dispositivos médicos o medicamentos una no conformidad mayor o severa, debidamente establecida por el sistema de Tecnovigilancia, procederá a realizar cambios de forma inmediata del producto y del fabricante u operador logístico, según sea el caso, sin que esto genere un costo adicional para el hospital; el cambio no podrá realizarse por ninguno de los productos que se encuentran en el anexo 3 de la invitación que sirvió de base para el presente contrato o en la base de datos de la entidad. /El Hospital se reserva la facultad de rechazar los elementos que no reúnan las características, normas técnicas, especificaciones y demás requisitos , establecidos en la orden de pedido y a someter cada uno de elementos adjudicados a control de calidad cuando lo considere conveniente, previo concepto del profesional que realiza la recepción técnica, los análisis se realizarán dentro de los ocho días siguientes a su solicitud y en el evento de ser nuevamente rechazados por mala calidad, será causal de hacer efectivas las pólizas de calidad y cumplimiento, para lo cual se han hecho efectivas en los contratos celebrados por PROH y PHARMAEUROPE, los oficios emitidos están en farmaco-vigilancia.

### **Estándar No 131**

La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:

Criterios:

- ✓ La evidencia de seguridad.
- ✓ Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.
- ✓ La definición del tiempo de vida útil de la tecnología.
- ✓ La garantía ofrecida.
- ✓ Las condiciones de seguridad para su uso.
- ✓ Los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.
- ✓ El soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).
- ✓ Las necesidades e intervalos de mantenimiento.
- ✓ Las alternativas disponibles.
- ✓ Las proyecciones de nuevas necesidades.
- ✓ La validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completo y funciona en forma correcta.
- ✓ Evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.

### **Quinta acción**

**Identificar y cuantificar el riesgo de los equipos biomédicos clasificación II B de los servicios de control especial y generar los análisis respectivos y medidas de intervención**

- ✓ Se realiza análisis de los equipos correspondientes para generar acciones de impacto de lo cual se deja evidencia.

### **7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.**

Porcentaje de ejecución al 100% cumplimiento al 100% .

### Estándar No 142

Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.

#### Criterios:

- ✓ La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.
- ✓ La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.
- ✓ Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.
- ✓ Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.
- ✓ Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.

#### Primera acción de mejoramiento:

##### Implementación para software de gestión de calidad DARUMA SALUD.

- ✓ AL comienzo de años se realiza recodificación de documentos
- ✓ Se realizaron diagnósticos de guías, protocolos y planes de cuidado donde se verifico que cumplieran con la norma fundamental. Se envió comunicado a la subgerencia de servicios de salud y coordinadores para iniciar la actualización de estos documentos.
- ✓ Se hizo un diagnostico de indicadores de puerta de entrada, se organizo equipos de trabajo para capturar la información de las fichas técnicas y posteriormente hacer la validación de las mismas.
- ✓ Del 22 de junio al 9 de julio se realiza capacitaciones a los líderes de módulo de software Daruma en compañía de los asesores de Daruma.
- ✓ Se establece cronograma de implementación.
- ✓ Se establece la planeación para la parametrización de los catorce módulos de software Daruma (documentos, auditorias, indicadores, planes de acción, procesos, riesgos, estrategias, satisfacción, informes, auditorias complementarias, acreditación, habilitación, PAMEC).
- ✓ Se trabaja en los módulos: Configuración, Planes de acción, Documentos, Informes, Indicadores, Procesos, Capacitar a usuarios líderes Satisfacción al Cliente, usuarios líderes Encuestas, usuarios líderes Auditorias, usuarios líderes Estrategia, Modulo de Auditorias, capacitar a : usuarios líderes Eventos Adversos, usuarios líderes Acreditación, usuarios líderes PAMEC, usuarios líderes Habilidadación, usuarios líderes Riesgos
- ✓ Se da cumplimiento a todas las actividades definidas en el cronograma de implementación para el 2015.

#### Segunda acción

##### Actualizar y definir la ficha técnica de los indicadores del Tablero de mando institucional y de puerta de entrada.

- ✓ El equipo de calidad realizó la consolidación y revisión de las variables establecidas para completar las fichas técnicas de la totalidad de indicadores institucionales. Abril.
- ✓ Se diseñó el Formato Sistema de Información de Indicadores CA-F-116 con el fin de consolidar la información necesaria de las fichas técnicas. El Formato Sistema de CA-F-116 tiene un instructivo para el diligenciamiento adecuado de las variables. Abril.
- ✓ Se identificaron las variables técnicas que deberán ser diligenciadas por los coordinadores.

- ✓ Se establecieron convenciones por color para identificar en las columnas faltantes por diligenciar y las que requieren revisión con calidad.
- ✓ Se obtuvieron los datos solicitados y se retroalimentó el sistema en los términos del cronograma.
- ✓ Se cuenta con todas las fichas técnicas de los indicadores del Tablero de mando institucional y de puerta de entrada definidas y actualizadas.

### **Tercera acción de mejoramiento.**

#### **Capturar y validar fuentes de información para indicadores de puerta de entrada**

- ✓ Socialización Indicadores Institucionales faltantes de ficha técnica en la reunión de Entrega de Turno (Mayo 13) :
  - Presentación del Formato Sistema de CA-F-116 en la reunión de entrega de turno a coordinadores
  - Se envió el formato por correo electrónico a coordinadores
  - Se informó a los coordinadores la distribución de los 8 profesionales de calidad que apoyarán la actividad según afinidad por procesos estratégicos, misionales y de apoyo.
  - Se realizó la captura y validación de fuentes de información para indicadores de puerta de entrada
- ✓ Se realizó la revisión técnica de Indicadores Institucionales con el apoyo del equipo de calidad
- ✓ Se realiza Seguimiento semanal al avance del diligenciamiento en la reunión de entrega de turno administrativo y gerencial.
- ✓ Se cuenta con la identificación y herramienta de captura de las fuentes de información para los indicadores de puerta de entrada.

#### **Estándar No 145**

- ✓ Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:
  - ✓ Criterios:
    - Oportunidad.
    - Facilidad de acceso.
    - Confiabilidad y validez de la información.
    - Seguridad.
    - Veracidad

### **Cuarta acción de mejoramiento.**

#### **Implementar el proyecto de Sistema de información**

El proyecto se encuentra en desarrollo a la fecha se han implementado las siguientes actividades:

- ✓ Adecuaciones del Datacenter.
- ✓ Renovación de infraestructura de servidores
- ✓ Adquisición de historia clínica sistematizada
- ✓ A partir del mes de mayo se comienza la implementación de la historia clínica sistematizada
- ✓ Se adquirió las herramientas para la consolidación y análisis de información
- ✓ El proyecto de Sistemas de información a corte de noviembre de 2015 está en un porcentaje superior del 90%.

- ✓ El porcentaje de implementación de historia clínica sistematizada va en un 28%, cumpliendo con las actividades programadas para el 2015.

## **8. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.**

**Porcentaje de ejecución del 100%, Cumplimiento del 100%.**

### **Estándar No 154**

Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:

Criterios:

- ✓ Tiene un enfoque sistémico.
- ✓ Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.
- ✓ Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- ✓ Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.
- ✓ Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
- ✓ Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.
- ✓ Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
- ✓ Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.
- ✓ Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.
- ✓ Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.
- ✓ Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
- ✓ Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.
- ✓ Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.

### **Primera Acción:**

#### **Diseñar y aprobar plan de referenciación 2015**

- ✓ Se revisaron los documentos de Acreditación – PAMEC vigencias anteriores y las Buenas prácticas direccionadas por el Ministerio de Protección Social y Secretaria de Salud a implementar y se consulto con los diferentes líderes necesidades de referenciación de experiencias exitosas.
- ✓ Se Diseño el Plan de referenciación vigencia 2015 teniendo en cuenta las necesidades de los líderes solicitantes y los informes de visitas de las vigencias anteriores.
- ✓ Se oficializo documento con el visto bueno de gerencia.

### **Segunda acción de mejora.**

#### **Implementar plan de referenciación**



- ✓ Se realizaron las visitas propuestas en el 100%
- ✓ Se realizó la revisión de las visitas anteriores y se documentó lo adoptado por la institución.

### **Tercera acción de mejora**

#### **Evaluar efectividad del plan de referenciación**

- ✓ Se recibió el informe respectivo de cada visita
- ✓ Se proyectaron acciones y se implementaron algunas
- ✓ Se realizó la evaluación y se tiene el informe como evidencia.
- ✓ En conclusión se puede decir que la institución continúa trabajando en el fortalecimiento de sus procesos, para lo cual utiliza la referenciación como una estrategia y en la implementación de la metodología.
- ✓ Se continúa revisando lo que falta por implementar y las herramientas que son necesarias, con el único propósito de hacer mejoramiento continuo.
- ✓ La experiencia sigue demostrando que es una buena estrategia y que debe continuar fortaleciéndose y evaluándose.
- ✓ Se debe continuar dando herramientas al personal que lejos de desestimularlos frente a lo que estén haciendo les permita mirarse con los mejores para reconocer el trabajo realizado.

#### **Continuar implementando y aplicando periódicamente estrategia de paciente trazador, generando informe e interviniendo desviaciones estándar encontradas.**

- ✓ Se aplicó la metodología de paciente trazador tal como se había programado, en los servicios de urgencias, ginecoobstetricia, medicina interna (sexto norte y sexto sur), cirugía, pediatría y urgencias.
- ✓ Se realizó la socialización en el Comité de seguridad y la retroalimentación de hallazgos se ha realizado en forma personalizada en los servicios implicados, con el personal de enfermería, e igual manera a través de los correos personales y en reunión de los coordinadores de enfermería.
- ✓ Se realizó la evaluación de la metodología.
- ✓ Se envió la evaluación de la metodología a los diferentes líderes y coordinadores en busca de más propuestas de ajuste a la metodología.
- ✓ Se proyecta la socialización de la autoevaluación en el primer comité de seguridad del paciente vigencia 2016.

#### **Estándar No 156**

Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.

##### **Criterios:**

- ✓ Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.
- ✓ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.
- ✓ Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.
- ✓ Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.

- ✓ Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.
- ✓ Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.
- ✓ Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.
- ✓ Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.

#### **Cuarta acción de mejora**

##### **Continuar implementando y aplicando periódicamente estrategia de paciente trazador, generando informe e interviniendo desviaciones estándar encontradas**

- ✓ Se proyecta un cronograma para aplicar la metodología por servicio.
- ✓ Se aplicó la metodología paciente trazador en los servicios de urgencias, ginecoobstetricia y medicina interna.
- ✓ Se socializan hallazgos en comité de seguridad del paciente.
- ✓ Se socializan hallazgos en forma personalizada con el grupo de colaboradores implicados en la observación ejemplo enfermería.
- ✓ Se programa reunión con los servicios y se retroalimenta la metodología y los hallazgos.

#### **Quinta acción de mejora.**

##### **Evaluar impacto de la estrategia paciente trazador**

- ✓ Se diseñó instrumento para evaluar la metodología.
- ✓ Se socializó el instrumento de medición de la metodología para el respectivo diligenciamiento por parte de los participantes intervinientes en la implementación de la metodología.
- ✓ Se realiza dicho informe del cual se proyectan las siguientes sugerencias:
  - ✓ Ajustar el procedimiento para aplicar paciente trazador en consulta externa y Unidades de Cuidado Intensivo.
  - ✓ Establecer mecanismos que faciliten el registro de la información suministrada al paciente en lo relacionado con las barreras de seguridad establecidas en las buenas prácticas.
  - ✓ Fortalecer la capacitación en los componentes de la plataforma institucional para lograr mayor asimilación de dichos conceptos por parte del personal misional
  - ✓ Fortalecer la capacitación relacionada con los indicadores manejados por los diferentes servicios.
  - ✓ Ajustar en la historia clínica los requerimientos frente a valoraciones de las necesidades de los pacientes y los riesgos que no están previstos en la historia pero si en la metodología.
  - ✓ Continuar la adecuación de la infraestructura para lograr las características de privacidad buscadas por los pacientes y esperadas por el proceso de Acreditación institucional.
  - ✓ Incluir en el formato de hoja de ruta paciente trazador Cod. CA-F-58. Un espacio para incluir el resumen de historia clínica, fundamental para la proyección del informe.
  - ✓ Continuar realizando la retroalimentación de la metodología en forma presencial y a través de la red interna.
  - ✓ Involucrar a más personas del área asistencial en la aplicación de la metodología.

#### **CUADRO DE ALCANCES Y CUMPLIMIENTO ESTANDARES DE APOYO. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA. 2015**



| No de ESTANDAR                | ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA   | OPORTUNIDAD DE MEJORA  | ACCIONES DE MEJORAMIENTO  | SEGUIMIENTO 1                                     | SEGUIMIENTO 2                                |
|-------------------------------|--|--|---|---|--|
|                               |  |  |   | 2016/01   | 2016/01                                      |
|                               |  |  |   | Estado  | Estado                                       |
|                               | Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:<br>Criterios:<br>• La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.<br>• Aspectos éticos y normativos.<br>• Los cambios del entorno.<br>• La seguridad del paciente y los colaboradores.<br>• El enfoque y la gestión de riesgo.<br>• La humanización durante la atención del usuario y su familia.<br>• La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.<br>• Análisis de los aspectos de la | Fortalecer y evaluar estrategias de responsabilidad social frente al usuario, colaboraciones, comunidad y medio ambiente   | Evaluar las estrategias en materia de responsabilidad social y el impacto que están teniendo sobre el medio y partes interesadas  | COMPLETO  | COMPLETO                                     |
|                               |  | Desarrollar e implementar estrategias que permitan obtener cambios en el entorno y desarrollo institucional.   | Definir mecanismos que permitan fortalecer la transformación cultural de la institución<br>Implementar estos mecanismos que impacten en la prestación del servicio bajo consideraciones de humanización, seguridad del paciente, gestión del riesgo.<br>Evaluar la implementación de los mecanismos   | COMPLETO<br>EN DESARROLLO<br>NO INICIADO          | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 75. Código: (DIR)    | Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.  | Fortalecer estrategias en materia de responsabilidad social  | Revisión de política en materia de responsabilidad social<br>Definir los componentes o ejes de la responsabilidad social<br>Despliegue de los ejes de responsabilidad social  | COMPLETO<br>COMPLETO<br>EN DESARROLLO             | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 98. Código: (GER)    | Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:<br>• Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los  | Desplegar estrategias para interiorizar el código de ética de la institución.  | Actualizar el código de ética y de buen gobierno a los requerimientos de planeación para el periodo.<br>Socializar e implementar el código de ética y buen gobierno, garantizando su recordación, entendimiento y cumplimiento del mismo, por el cliente interno.   | COMPLETO<br>EN DESARROLLO                         | COMPLETO<br>COMPLETO                         |
| Estándar 99. Código: (GER.12) | Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:<br>Criterios:<br>• Legislación.<br>• Evaluación periódica de expectativas y necesidades.<br>• Evaluación periódica del clima   | Continuar con el fortalecimiento de este proceso de escucha y respuesta a las necesidades de cliente interno en la institución   | Desplegar estrategia para que el cliente interno manifieste y mejore las necesidades de comunicación organizacional<br>Consolidar las necesidades más representativas en materia de comunicación organizacional<br>Intervenir aquellas necesidades que más impacten en materia de comunicación organizacional   | COMPLETO<br>COMPLETO<br>EN DESARROLLO             | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 103. Código: (TH)    | Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:   | Fortalecer el proceso de inducción en el puesto de trabajo   | Desplegar estrategias al personal nuevo encaminadas a seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural<br>Evaluar mediante entrevistas abiertas y aleatorias sobre el proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural   | COMPLETO<br>EN DESARROLLO                         | COMPLETO<br>COMPLETO                         |
| Estándar 108. Código: (TH)    | La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.   | Fortalecer estrategias para mejorar la comunicación entre unidades funcionales.  | Diseñar estrategias para mejorar comunicación entre unidades funcionales<br>Implementar las estrategias definidas<br>Evaluar estrategias definidas  | COMPLETO<br>EN DESARROLLO<br>NO INICIADO          | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 109. Código: (TH)    | La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.<br>Criterios:<br>• La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.<br>• Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.<br>• La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes  | Fortalecer los procesos en seguridad hospitalaria  | Evaluar los procesos de limpieza y desinfección en lo relacionado con preparación de mezclas, tiempo, rotulación, EPP.<br>Revisar los horarios y rutas de recolección íntimos de entrega de alimentación, medicamentos, transporte de paciente contaminado en ascensores y establecer medidas correctivas. (revisión de tarjetas de ascensores)<br>Evaluar la efectividad de las acciones implementadas en materia de rutas sanitarias  | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO                  | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 120. Código: (GAF)   | La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.  | Implementar estrategias para promover la política de no fumador.   | Desarrollar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo<br>Implementar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo<br>Evaluar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo   | COMPLETO<br>COMPLETO<br>NO INICIADO               | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 126. Código: (GAF)   | La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.<br>Criterios:<br>• Aspectos normativos.<br>• Análisis de la relación oferta-demanda.<br>• Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.<br>• Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.<br>• Condiciones del mercado.<br>• El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología  | Fortalecer el proceso de gestión de la tecnología  | Revisar y ajustar Manual de adquisición.<br>Evaluar aspectos claves del proceso de adquisición de la tecnología mediante Indicador: % de cumplimiento del proceso de adquisición<br>Documentar y desplegar proceso de evaluación de proveedores.<br>Reajustar procedimiento ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CÓDIGO SF-PR-23, en donde se tenga en cuenta concepción anualmente técnicamente con los servicios asistenciales el ingreso a la institución de medicamentos o dispositivos médicos nuevos o la modificación en la licitación pública | COMPLETO<br>COMPLETO<br>EN DESARROLLO<br>COMPLETO | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO |
| Estándar 130. Código: (GT)    | La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:<br>Criterios:<br>• Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseadas en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.<br>• El seguimiento de protocolos por parte del personal de salud.<br>• La organización tiene prevista la   | Realizar la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología   | Identificar y cuantificar el riesgo de los equipos biomédicos clasificación II B de los servicios de control especial y generar los análisis respectivos y medidas de intervención  | COMPLETO<br>COMPLETO<br>EN DESARROLLO             | COMPLETO<br>COMPLETO<br>COMPLETO             |
| Estándar 131. Código: (GT)    | La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:<br>Criterios:<br>• Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseadas en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.<br>• El seguimiento de protocolos por parte del personal de salud.<br>• La organización tiene prevista la   | Sistema de información para la administración, control y seguimiento integral de los Sistemas de Gestión de calidad, permitiendo cumplir con los componentes del SOCCS y los | Implementación para software de gestión de calidad DARUMA SALUD.<br>Actualizar y definir la Ficha técnica de los indicadores del Tablero de mando Institucional y de puerta de entrada.   | EN DESARROLLO<br>EN DESARROLLO                    | COMPLETO<br>COMPLETO                         |
| Estándar 142. Código: (G)     | Existe un mecanismo de   | Implementar y evaluar el   |   | COMPLETO  | COMPLETO                                     |



| 1                   | Total 37 Acciones de Mejoramiento     | #   | %     | #    | %    |
|---------------------|---------------------------------------|-----|-------|------|------|
| EJECUCION DEL PAMEC | COMPLETO                              | 19  | 1900% | 37   | 100% |
|                     | EN DESARROLLO                         | 12  | 1200% | 0    | 0%   |
|                     | ATRASADO                              | 1   | 100%  | 0    | 0%   |
|                     | NO INICIADO                           | 5   | 500%  | 0    | 0%   |
| ACCIONES EVALUADAS  |                                       | 37  |       | 37   |      |
| CUMPLIMIENTO        | ACTIVIDADES PROGRAMADAS               | 37  |       | 37   |      |
|                     | ACTIVIDADES COMPLETAS O EN DESARROLLO | 31  |       | 37   |      |
|                     | % CUMPLIMIENTO                        | 84% |       | 100% |      |

*Lyda Marcela Pérez Ramírez*  
**LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ**  
Gerente

*Nidia Esperanza Vargas Malaver*  
**Proyecto: Nidia Esperanza Vargas Malaver.**  
Líder de acreditación y PAMEC

*Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo*  
**Reviso: Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo**  
Asesor Desarrollo de Servicios

FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENFASIS EN ACREDITACION

GRUPO DE ESTANDARES  
LIDER DEL GRUPO  
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO  
COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL

PLAN DE MEJORA 2015

| Código (CAF)  | ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA   | OPORTUNIDAD DE MEJORA  | Riesgo | Co | Vol | Total | ACCIONES DE MEJORAMIENTO  | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO            | PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCION   | MES | FEBRER | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIE | OCTUB | NOVIEMB | DICIEMBRE | RECURSOS ADICIONALES |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
|---|--|--|--------|----|-----|-------|---|---|--|-----|--------|-------|-------|------|-------|-------|--------|--------|-------|---------|-----------|----------------------|----------------------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------------|
|   |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      | 6                                | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28             |
| Estándar 120  | La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.<br>Criterios:<br>• La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.<br>• Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.<br>• La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y accidentes relacionados con el manejo seguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generen estrategias para prevenir su recurrencia. | Fortalecer los procesos en seguridad hospitalaria              | 5      | 4  | 4   | 80    | Evaluar la efectividad de las acciones implementadas en materia de rutas sanitarias   | GESTION AMBIENTAL   | COORD GESTION AMBIENTAL  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| Estándar 126  | La organización promueve una política de no fumar y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización   | Implementar estrategias para promover la política de no fumar. | 5      | 4  | 4   | 80    | Desarrollar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo<br>Implementar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo<br>Evaluar estrategias que promuevan o incentiven la disminución del consumo de cigarrillo | SALUD OCUPACIONAL<br>SALUD OCUPACIONAL<br>SALUD OCUPACIONAL | COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL<br>COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL<br>COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| APROBACION PLAN DE MEJORAMIENTO                             |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      | TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO   | 6 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | TOTAL RECURSOS |
| LIDER DEL GRUPO DE ESTANDARES                               |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      | COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| GERENTE E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA                 |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      | DRA. LIDA MARCELA PEREZ RAMIREZ  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| LIDER: COORDINADOR DE SALUD OCUPACIONAL                     |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| SECRETARIO: COORDINADOR DE MANTENIMIENTO                    |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE: QUIMICO FARMACEUTICO                          |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE: LIDER GESTION AMBIENTAL                       |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE PROFESIONAL DE CALIDAD                         |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE NIDA ESPERANZA VARGAS M-PROFESIONAL DE CALIDAD |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE PROFESIONAL DE COMUNICACIONES                  |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| PARTICIPANTE PROFESIONAL ESTERILIZACION                     |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |
| TOTAL ACCIONES  |  |  |        |    |     |       |   |   |  |     |        |       |       |      |       |       |        |        |       |         |           |                      |                                  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                |



| Responsable del seguimiento                         | MARZO       | ABRIL       | MAYO          | JUNIO       | JULIO         | AGOSTO        | SEPTIEMBRE  | OCTUBRE     | NOVIEMBRE   | DICIEMBRE |
|---|-------------|-------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Estado  | Estado      | Estado      | Estado        | Estado      | Estado        | Estado        | Estado      | Estado      | Estado      | Estado    |
| Oficina de Control Interno - Coordinador de calidad | NO INICIADO | NO INICIADO | NO INICIADO   | COMPLETO    | COMPLETO      | COMPLETO      | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO  |
| Oficina de Control Interno - Coordinador de calidad | NO INICIADO | NO INICIADO | EN DESARROLLO | COMPLETO    | COMPLETO      | COMPLETO      | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO  |
| Oficina de Control Interno - Coordinador de calidad | NO INICIADO | NO INICIADO | NO INICIADO   | NO INICIADO | EN DESARROLLO | EN DESARROLLO | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO  |
| LIDER DE ACREDITACION Y PAMEC                       | NO INICIADO | NO INICIADO | EN DESARROLLO | COMPLETO    | COMPLETO      | COMPLETO      | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO  |
| LIDER DE ACREDITACION Y PAMEC                       | NO INICIADO | NO INICIADO | NO INICIADO   | NO INICIADO | EN DESARROLLO | COMPLETO      | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO    | COMPLETO  |
| LIDER DE ACREDITACION Y PAMEC                       | NO INICIADO | NO INICIADO | NO INICIADO   | NO INICIADO | NO INICIADO   | NO INICIADO   | NO INICIADO | NO INICIADO | NO INICIADO | COMPLETO  |
| COMPLETO  | 0           | 0           | 0             | 3           | 3             | 4             | 5           | 5           | 5           | 6         |
| EN DESARROLLO                                       | 0           | 0           | 2             | 1           | 2             | 1             | 0           | 0           | 0           | 0         |
| ATRASADO  | 0           | 0           | 0             | 0           | 0             | 0             | 0           | 0           | 0           | 0         |
| NO INICIADO   | 6           | 6           | 4             | 2           | 1             | 1             | 1           | 1           | 1           | 0         |
| COMPLETO  | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%          | 50.0%       | 50.0%         | 66.7%         | 83.3%       | 83.3%       | 83.3%       | 100.0%    |
| EN DESARROLLO                                       | 0.0%        | 0.0%        | 33.3%         | 16.7%       | 33.3%         | 16.7%         | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%      |
| ATRASADO  | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%          | 0.0%        | 0.0%          | 0.0%          | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%        | 0.0%      |
| NO INICIADO   | 100.0%      | 100.0%      | 66.7%         | 33.3%       | 16.7%         | 16.7%         | 18.7%       | 16.7%       | 16.7%       | 0.0%      |
| % CUMPLIMIENTO                                      | 100.0%      | 100.0%      | 100.0%        | 100.0%      | 100.0%        | 100.0%        | 100.0%      | 100         | 100         | 100       |



| RECURSO<br>ADICIONAL<br>LE 3.1   | REQUIREMTO<br>MAYO<br>REQUERIMTO | ESTADO           |          |
|----------------------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|----------|
| LIDER DE ACREDITACION<br>Y PAMEC | NO INICIADO                      | EN<br>DESARROLLO | NO INICIADO                      | COMPLETO         | COMPLETO                         | COMPLETO         | COMPLETO |
| LIDER DE ACREDITACION<br>Y PAMEC | NO INICIADO                      | NO INICIADO      | NO INICIADO                      | EN<br>DESARROLLO | EN<br>DESARROLLO                 | EN<br>DESARROLLO | COMPLETO |
| LIDER DE ACREDITACION<br>Y PAMEC | NO INICIADO                      | NO INICIADO      | NO INICIADO                      | COMPLETO         | COMPLETO                         | COMPLETO         | COMPLETO |
| LIDER DE ACREDITACION<br>Y PAMEC | NO INICIADO                      | EN<br>DESARROLLO | NO INICIADO                      | COMPLETO         | COMPLETO                         | COMPLETO         | COMPLETO |
| LIDER DE ACREDITACION<br>Y PAMEC | NO INICIADO                      | NO INICIADO      | NO INICIADO                      | EN<br>DESARROLLO | EN<br>DESARROLLO                 | EN<br>DESARROLLO | COMPLETO |

5.0

| planteles 2 | COMPLETO | EN DESARROLLO | ATRASADO | NO INICIADO | COMPLETO | EN DESARROLLO | ATRASADO | NO INICIADO | % CUMPLIMIENTO<br>PLAN DE MEJORA |
|-------------|----------|---------------|----------|-------------|----------|---------------|----------|-------------|----------------------------------|
| 0           | 0        | 2             | 0        | 5           | 0        | 3             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 2           | 2        | 0             | 0        | 0           | 2        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 3           | 3        | 0             | 0        | 0           | 3        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 4           | 4        | 0             | 0        | 0           | 4        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 5           | 5        | 0             | 0        | 0           | 5        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 6           | 6        | 0             | 0        | 0           | 6        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 7           | 7        | 0             | 0        | 0           | 7        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 8           | 8        | 0             | 0        | 0           | 8        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 9           | 9        | 0             | 0        | 0           | 9        | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 10          | 10       | 0             | 0        | 0           | 10       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 11          | 11       | 0             | 0        | 0           | 11       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 12          | 12       | 0             | 0        | 0           | 12       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 13          | 13       | 0             | 0        | 0           | 13       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 14          | 14       | 0             | 0        | 0           | 14       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 15          | 15       | 0             | 0        | 0           | 15       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 16          | 16       | 0             | 0        | 0           | 16       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 17          | 17       | 0             | 0        | 0           | 17       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 18          | 18       | 0             | 0        | 0           | 18       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 19          | 19       | 0             | 0        | 0           | 19       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 20          | 20       | 0             | 0        | 0           | 20       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 21          | 21       | 0             | 0        | 0           | 21       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 22          | 22       | 0             | 0        | 0           | 22       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 23          | 23       | 0             | 0        | 0           | 23       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 24          | 24       | 0             | 0        | 0           | 24       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 25          | 25       | 0             | 0        | 0           | 25       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 26          | 26       | 0             | 0        | 0           | 26       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 27          | 27       | 0             | 0        | 0           | 27       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 28          | 28       | 0             | 0        | 0           | 28       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 29          | 29       | 0             | 0        | 0           | 29       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 30          | 30       | 0             | 0        | 0           | 30       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 31          | 31       | 0             | 0        | 0           | 31       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 32          | 32       | 0             | 0        | 0           | 32       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 33          | 33       | 0             | 0        | 0           | 33       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 34          | 34       | 0             | 0        | 0           | 34       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 35          | 35       | 0             | 0        | 0           | 35       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 36          | 36       | 0             | 0        | 0           | 36       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 37          | 37       | 0             | 0        | 0           | 37       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 38          | 38       | 0             | 0        | 0           | 38       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 39          | 39       | 0             | 0        | 0           | 39       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 40          | 40       | 0             | 0        | 0           | 40       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 41          | 41       | 0             | 0        | 0           | 41       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 42          | 42       | 0             | 0        | 0           | 42       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 43          | 43       | 0             | 0        | 0           | 43       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 44          | 44       | 0             | 0        | 0           | 44       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 45          | 45       | 0             | 0        | 0           | 45       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 46          | 46       | 0             | 0        | 0           | 46       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 47          | 47       | 0             | 0        | 0           | 47       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 48          | 48       | 0             | 0        | 0           | 48       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 49          | 49       | 0             | 0        | 0           | 49       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |
| 50          | 50       | 0             | 0        | 0           | 50       | 0             | 0        | 100.0%      |                                  |

| GRUPO DE ESTÁNDARES  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | PLAN DE MEJORA 2015  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|--|--|--|-------------------|-------------|----------|--|--|---------|-------|--|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--|--|--|
| GERENCIA DEL RECURSO HUMANO  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENFASIS EN ACREDITACIÓN |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| LIDER DEL GRUPO  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO                   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| No   | DESCRIPCIÓN ESTÁNDAR   | OPORTUNIDAD DE MEJORA  | Ris. Cos. Sig. to | Val. um. al | Acciones | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO   | Responsable ejecución  | FEBRERO | MARZO | ABRIL  | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |  |  |  |
| 103. Código: (TH1)   | Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:<br>• Creación<br>• Migración<br>• Evaluación periódica de expectativas y necesidades.<br>• Evaluación periódica de competencias de talento humano.<br>• Análisis relacionados con la calidad de vida en el trabajo<br>• Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.<br>• Análisis de puestos de trabajo.<br>• Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.<br>• Políticas de compensación y definición de escala salarial.<br>• Estímulos e incentivos.<br>• Bienestar laboral.<br>• Necesidades de comunicación organizacional.<br>• Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.<br>• Relación docente-servicio.<br>• Eficacia de la respuesta.   | Continuar con el fortalecimiento de este proceso de escucha y respuesta a las necesidades de cliente interno en la institución | 5                 | 5           | 125      | Desplegar estrategia para que el cliente interno manifieste y mejore las necesidades de comunicación organizacional<br><br>Consolidar las necesidades más representativas en materia de comunicación organizacional<br><br>Intervenir aquellas necesidades que más impacten en materia de comunicación organizacional  | PSICOLOGO ORGANIZACIONAL-COMUNICADORA SOCIAL<br><br>PSICOLOGO ORGANIZACIONAL-COMUNICADORA SOCIAL<br><br>PSICOLOGO ORGANIZACIONAL-COMUNICADORA SOCIAL |         |       |  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| 108. Código: (TH8)   | Este es un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:<br>• Criterios.<br>• Recreccionamiento estratégico.<br>• Ambiente de capacitación.<br>• Reglamentos, estatutos, políticas, normas y procesos.<br>• Código de ética y código de buen gobierno.<br>• Modelo de atención.<br>• Portafolio de servicios.<br>• Estructura organizacional.<br>• Expectativas del desempeño.<br>• Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.<br>• Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.<br>• Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.<br>• Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.<br>• Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.<br>• Educación continua refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionadas con el proceso de atención al cliente y su familia.<br>• El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.<br>• Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docente-servicio se articulan con el plan de capacitación.<br>• El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.<br>• Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitado en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio. | Fortalecer el proceso de inducción en el puesto de trabajo   | 4                 | 5           | 80       | Desplegar estrategia al personal nuevo en temas de seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural<br><br>Evaluar mediante entrevistas abiertas y reuniones el proceso de inducción en el puesto de trabajo con respecto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural | COORDINADOR DE TALENTO HUMANO  |         |       |  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| 111. Código: (TH9)   | La organización promueve desarrollo y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (aportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades académicas, entre docentes (a aplican) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los son incorporados en la política de talento humano.   | Fortalecer estrategias para mejorar la comunicación entre unidades funcionales.  | 5                 | 5           | 125      | Diseñar estrategias para mejorar comunicación entre unidades funcionales<br><br>Implementar las estrategias definidas<br><br>Evaluar estrategias definidas   | LIDER DE COMUNICACIONES<br><br>LIDER DE COMUNICACIONES<br><br>LIDER DE COMUNICACIONES  |         |       |  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| APROBACION PLAN DE MEJORAMIENTO  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO                             |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| LIDER DEL GRUPO DE ESTÁNDARES : COORDINADOR DE TALENTO HUMANO                |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | 8  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| GERENTE E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ       |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | INDICADORES DEL MEJORAMIENTO                               |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Eficacia   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Eficacia   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Eficacia   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Competencia  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Seguridad  |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
|  |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | Número de incidencias laborales                            |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| LIDER: Coordinador de talento humano   |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | INTEGRANTES DEL GRUPO (Nombre / Cargo)                     |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| SECRETARIO: Laura Barrago - Capacitación talento humano                      |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | PARTICIPANTE   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| PARTICIPANTE: Otaís Valencia- Profesional Talento humano                     |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | PARTICIPANTE   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| INVITADO: -Jefe de control interno- oficina Asesoría desarrollo de Servicios |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | PARTICIPANTE   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |
| TOTAL ACCIONES   |  |  |                   |             |          |  |  |         |       | 17   |      |       |       |        |            |         |           |           |  |  |  |

| INDICADORES DEL MEJORAMIENTO                    |  | Med. Inicial | Medición esperada | Seguimiento 1 |
|---|--|--------------|-------------------|---------------|
| Clima organizacional -                          |  |              |                   |               |
| Aureamiento laboral                             |  |              |                   |               |
| Índice de rotación de personal                  |  |              |                   |               |
| Eficacia en el cumplimiento de las indicaciones |  |              |                   |               |
| Número de incidencias laborales                 |  |              |                   |               |











| RECURSOS<br>ACCIÓN<br>NALES         | REQUISITO<br>FEBRERO | REQUISITO<br>MAYO | REQUISITO<br>AGOSTO | REQUISITO<br>NOVIEMBRE | REQUISITO<br>DICIEMBRE |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
| LIDER DE<br>ACREDITACION Y<br>PAMEC | NO INICIADO          | NO INICIADO       | EN<br>DESARROLLO    | COMPLETO               | COMPLETO               |
| LIDER DE<br>ACREDITACION Y<br>PAMEC | NO INICIADO          | NO INICIADO       | COMPLETO            | COMPLETO               | COMPLETO               |
| LIDER DE<br>ACREDITACION Y<br>PAMEC | NO INICIADO          | NO INICIADO       | EN<br>DESARROLLO    | COMPLETO               | COMPLETO               |
| LIDER DE<br>ACREDITACION Y<br>PAMEC | NO INICIADO          | NO INICIADO       | COMPLETO            | COMPLETO               | COMPLETO               |

**5.0 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO**

| INDICADOR                      | FEBRERO  | MAYO     | AGOSTO | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|--------------------------------|----------|----------|--------|-----------|-----------|
| COMPLETO                       | 0        | 0        | 1      | 3         | 3         |
| EN DESARROLLO                  | 0        | 0        | 2      | 2         | 2         |
| ATRASADO                       | 0        | 0        | 0      | 0         | 0         |
| NO INICIADO                    | 5        | 5        | 2      | 0         | 0         |
| COMPLETO                       | 0.0%     | 0.0%     | 20.0%  | 80.0%     | 100.0%    |
| EN DESARROLLO                  | 0.0%     | 0.0%     | 40.0%  | 40.0%     | 0.0%      |
| ATRASADO                       | 0.0%     | 0.0%     | 0.0%   | 0.0%      | 0.0%      |
| NO INICIADO                    | 100.0%   | 100.0%   | 40.0%  | 0.0%      | 0.0%      |
| % CUMPLIMIENTO PLAN DE MISORIA | #IND/INI | #IND/INI | 100.0% | 100.0%    | 100.0%    |









**FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENFASIS EN ACREDITACION**

| N°  | ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA  | OPORTUNIDAD DE MEJORA  | Riesgo                          |      |       | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | BARRERAS DE MEJORAMIENTO   | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO  | PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA ACCION  | MES   |   |   |   |  |
|---|--|--|---------------------------------|------|-------|--------------------------|--|---|---|---|---|---|---|--|
|   |  |  | Costo                           | Volu | Total |                          |  |   |   | 1   | 2 | 3 | 4 |  |
| Estándar 6 Código (AASP2)   | La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que define las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:<br>Criterios:<br>• La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallos y eventos adversos.<br>• La investigación, el análisis, la gestión y la toma de | Fortalecer la cultura de seguridad del paciente enfocada en la transformación cultural.                              | 4                               | 4    | 5     | 80                       | Realizar seguimiento y presentar avances en comité de seguridad del paciente   | No contar con la asignación de tiempo específico para realizar las actividades requeridas para la implementación de las acciones, requiriendo infraestructura suficiente para la atención de los usuarios | Comité de seguridad del paciente<br>Proceso Asistenciales y Administrativos                       | Lider acreditación-líderes de seguridad el paciente   |   |   |   |  |
| Estándar 7 Código (AASP3)   | La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud; procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la educación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.   | Implementar las recomendaciones que sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente | 5                               | 4    | 5     | 100                      | Implementar las guías de práctica segura con los coordinadores y demás partes involucradas.<br>Identificación de paciente<br>Prevención de infecciones<br>Reducción de caídas<br>Seguridad madre hijo<br>Seguridad en los medicamentos<br>Prevención de úlceras de presión<br>Prevención complicaciones asociadas a trasfusiones | Evaluar la implementación de la aplicación de las guías de práctica segura de atención.   | Idéas de seguridad el paciente acreditación y líderes de procesos Asistenciales y Administrativos | Idéas de seguridad el paciente acreditación y líderes de procesos Asistenciales y Administrativos |   |   |   |  |
| <b>ARROBACION PLAN DE MEJORAMIENTO</b>  |  |  | <b>TOTAL ACCIONES DE MEJORA</b> |      |       | <b>TOTAL RECURSOS</b>    |  |   | <b>TOTAL</b>  |   |   |   |   |  |
| LIDER DEL GRUPO DE ESTANDARES : TATIANA MENDOZA<br>GERENTE E S E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA<br>LYDA MARCELA PEREZ |  |  | 5                               |      |       | 5                        |  |   | 5   |   |   |   |   |  |
| SECRETARIA: CONSTANZA AHUMADA   |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |
| INTEGRANTES DOCTORES: JULIAN FONSECA, ADRIANA FORERO, GLADYS GORRILLO CRISTIAN GUERRERO LUIS ERNESTO PALMA LUNA     |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |
| JEFE: ANA MARIA BOHIOQUEZ, ANABEL MEDINA  |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |
| OFICINA DE CALIDAD: NIDIA ESPERANZA VARGAS  |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |
| M. I.   |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>INTEGRANTES DEL GRUPO (Nombre / Cargo)</b>   |  |  |                                 |      |       |                          |  |   |   |   |   |   |   |  |

