

Tunja,

Al contestar cite: 20161300055701

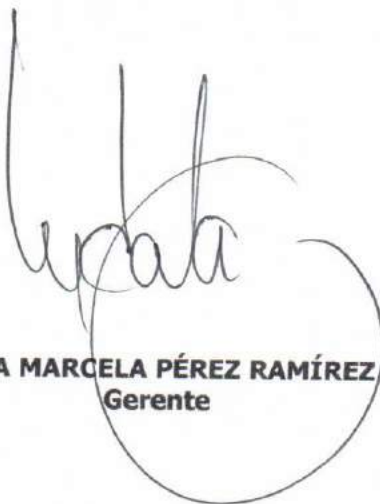


Enfermera Jefe:  
**LAURA RODRIGUEZ**  
GRUPO PAMEC  
Dirección Técnica de Prestación de Servicios  
Secretaría de salud de Boyacá  
Gobernación de Boyacá  
Ciudad

Cordial Saludo,

Dando alcance a la circular 416 de 2015 de la Secretaría de Salud de Boyacá, se envía Primer Informe de Ejecución de Actividades del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC 2016, con corte a 31 de Julio de 2016 (16 folios).

Cordialmente,



**LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ**  
Gerente



Revisó: **HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO**  
Asesor Desarrollo de Servicios



Proyectó: **LUZ DARY GUERRERO MORENO**  
Asesora Acreditación

## E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

### PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC INFOME DE AVANCE A CORTE 31 DE JULIO 2016



*Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia*

AGOSTO 2016

## 1. INTRODUCCION

En busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2016, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas en PAMEC 2016, de acuerdo a lo establecido en la circular 416 de 2015 de la secretaria de Salud de Boyacá, presentando un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

## 2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se reúnen como mínimo una vez al mes para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo.

Teniendo en cuenta la Metodología de los grupos de acreditación para la vigencia 2016, se socializó inicialmente en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento a éstas.

## 3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2016

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 46 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2016.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES
Cliente asistencial	11
Direccionamiento	2
Gerencia	6
Talento humano	5
Ambiente físico	7
Gestión de la tecnología	7
Gerencia de la información	5
Mejoramiento de la calidad	3
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

#### 4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2016

En la siguiente tabla se muestra el estado de las acciones de PAMEC 2016 dispuestas en los grupos de estándares de acreditación, a corte 31 de julio de 2016.

CONSOLIDADO AVANCE PAMEC 2016 - HSRT										FECHA DE CORTE				2016/07/31				
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD		TOTAL
	COMPLETO	0	0%	0	0%	1	17%	2	40%	1	14%	0	0%	1	20%	1	33%	6
	EN DESARROLLO	7	64%	2	100%	3	50%	3	60%	5	71%	7	100%	3	60%	0	0%	30
	ATRASADAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	0	0%	1
	NO INICIADO	4	36%	0	0%	2	33%	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%	2	67%	9
<b>PORCENTAJE DE EJECUCION</b>	<b>64%</b>		<b>100%</b>		<b>67%</b>		<b>100%</b>		<b>86%</b>		<b>100%</b>		<b>80%</b>		<b>33%</b>		<b>78%</b>	
ACCIONES EVALUADAS	11		2		6		5		7		7		5		3		46	
AVANCE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	7		2		4		5		6		7		5		1		37
	ACTIVIDADES COMPLETAS	0		0		1		2		1		0		1		1		6
	<b>%CUMPLIMIENTO PAMEC 2016</b>	<b>0%</b>		<b>0%</b>		<b>25%</b>		<b>40%</b>		<b>17%</b>		<b>0%</b>		<b>20%</b>		<b>100%</b>		<b>16%</b>

Fuente: Seguimiento PAMEC 2016

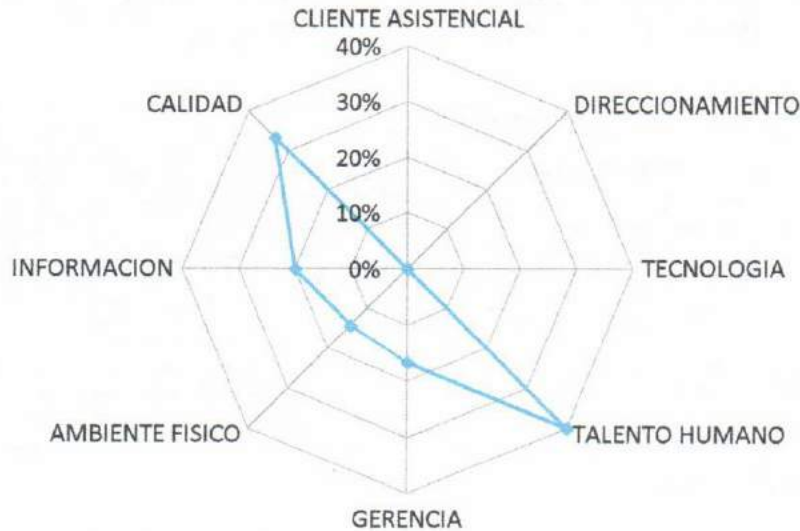
Se realiza seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación teniendo en cuenta el cronograma establecido en el PAMEC 2016 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá, donde se observa que de las 46 acciones de mejora establecidas, 37 (80%) se encuentran en ejecución y 9 (22%) no han iniciado.

De las 37 acciones en ejecución, se ha culminado satisfactoriamente con 6 acciones, teniendo en cuenta que las demás están programadas para desarrollar en el transcurso del año, lo que genera un cumplimiento en el PAMEC 2016 a corte 31 de julio del 16%.



Fuente: Seguimiento PAMEC 2016

## CUMPLIMIENTO PAMEC 2016 31/Jul/2016



Fuente: Seguimiento PAMEC 2016

### 5. SEGUIMIENTO PAMEC POR GRUPO DE ESTÁNDARES

#### Cliente Asistencial

Se priorizaron 4 oportunidades de Mejora con 11 acciones, de las cuales la mayoría están programadas para ejecutar el transcurso del año.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			07/04/2016	01/07/2016	05/08/2016
			Estado	Estado	Estado
7 - AsSP3	Ejecutar las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas	* Se vienen ejecutando las acciones formuladas en la autoevaluación de las guías técnicas de cada buena práctica.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

	<p>Implementar las guías de Buenas prácticas Prevención de infecciones Binomio madre hijo Seguridad en los medicamentos Seguridad en procedimientos quirúrgicos Prevención de úlceras de presión (MARZO A DICIEMBRE)</p>	<p>*Se estableció cronograma de trabajo en cada Buena Práctica Priorizada *Desde Calidad se realizó reuniones con los líderes de cada buena práctica para articular trabajo. *A corte 30 de Junio de 2016 se tiene un 77% de implementación de las buenas prácticas priorizadas. *Se diseño y aprobó material educativo de las Buenas Prácticas para sensibilizar al personal de la institución, se está pendiente de impresión y entrega. *Se adopto la estrategia del reloj para prevención de úlceras por presión. * Se desarrollo curso virtual de Transfusiones seguras y prevención de úlceras por presión. *Se inicio medición de adherencia en lavado de manos, Limpieza y desinfección, cateterismo vesical, venopunción.</p>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	<p>Realizar monitoreo al desarrollo las acciones definidas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas (TRIMESTRAL)</p>	<p>* Se realiza seguimiento desde calidad a las acciones definidas en las autoevaluaciones de las buenas prácticas. * Se retroalimenta al equipo Cliente Asistencial del seguimiento realizado en las buenas prácticas.</p>	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
19 - AsEV1	<p>Estandarizar la información y educación a suministrar al usuario relacionado con su condición clínica.</p>	<p>*Se ajustó el Modelo de Prestación de Servicios de la Institución *Se encuentra en diseño el protocolo de evaluación de necesidades de información del paciente y familiares (Asistencial - Administrativo), *Se tiene proyectado revisar y ajustar entregas de turno (Establecer entrega de turno entre especialistas)</p>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	<p>Implementar el proceso de información y educación al usuario relacionada con su condición clínica.</p>	<p>*Se encuentra en proceso consolidación de la información para la elaboración del protocolo de información y educación al usuario</p>	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO
	<p>Monitorizar la comprensión del usuario frente al proceso de información y educación relacionada con su condición clínica.(rondas de seguridad, paciente trazador)</p>	<p>*Se tiene programado medir adherencia de la entrega de información establecida en el protocolo a través de lista de chequeo del protocolo, paciente trazador y rondas de seguridad. *Desde Paciente Trazador se viene midiendo la información brindada al paciente y la comprensión de esta.</p>	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO

33 - AsPL12	Incluir en las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos"(Junio-Diciembre)	*Se encuentra en proceso de articulación de estrategias planteadas en la autoevaluación de la buena práctica con el programa de Farmacovigilancia.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Implementar las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" (junio-diciembre)	*Se implementó etiquetas para medicamentos preparados en los servicios. *Se implementó etiquetas para identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo. *Se viene trabajando en el protocolo de identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo. *Se actualizó Manual de Administración de Medicamentos, incluyendo anexos con el adecuado manejo de medicamentos parenterales y antibióticos. *Se diseño curso virtual en Administración segura de Medicamentos. *Se viene aplicando la evaluación para la adecuada preparación de medicamentos en los diferentes servicios, socializando el uso de las nuevas etiquetas.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Realizar monitoreo y seguimiento de los programas : farmacovigilancia y el Programa de Uso racional de antibióticos(seguimiento de indicadores planteados)(julio-octubre-enero)	*En el mes de mayo se realizó seguimiento a los programas de Farmacovigilancia y Uso Racional de Antibióticos de las acciones e indicadores del I Trimestre de la vigencia 2016.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
43 - AsE14	Capacitar al personal asistencial en el manejo integral de las víctimas de violencia, maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.	* Se ajustó cronograma para 2016 del programa de buen trato. *Se ajustó protocolo para incluir y definir la cadena de custodia	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO
	Evaluar alcances del programa de Buen trato	*Se realiza seguimiento del programa de acuerdo a las resolución institucional 213 de 2015, sin embargo se tiene programado evaluar el alcance del programa a final de año	NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	0%	0%
EN DESARROLLO	45%	64%	64%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	55%	36%	36%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

## Direccionamiento

Se priorizó una Oportunidad de Mejora con dos acciones, las cuales se encuentran en desarrollo y su culminación se daría en el mes de diciembre.

7

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
			0	1	2
			05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016
			Estado	Estado	Estado
78 - DIR4	Ejecutar las acciones definidas en los Programas institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, Tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.  (marzo a diciembre)	<p><b>HUMANIZACIÓN</b> *Se vienen desarrollando charlas de humanización en los servicios de la institución. *De acuerdo al nuevo Plan de Desarrollo 2016 -2020 se integro el programa de Humanización con el Programa de Transformación Cultural con el propósito de generar un mayor impacto en las actividades a desarrollar.</p> <p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> *Se desarrollaron las actividades establecidas dentro del programa y el comité de Seguridad del Paciente. *Se viene implementando las Buenas prácticas priorizadas *Se está en proceso de medición de adherencia a la buenas prácticas *Se encuentra en proceso de diseño videos educativos para proyectar a los usuarios reforzando las buenas prácticas y los programas de la institución *Se desarrollaron cursos virtuales para el fortalecimiento de las buenas prácticas.</p> <p><b>TECNOVIGILANCIA</b> *Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Tecnovigilancia. *Se recepcionó, gestionó y realizó análisis de las no conformidades relacionadas con los dispositivos médicos y de los eventos adversos reportados. *En el mes de Junio se inició con las Rondas de Tecnovigilancia</p> <p><b>FARMACOVIGILANCIA</b> *Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Farmacovigilancia para dar alcance a los requisitos establecidos para los procesos de certificación en BPM y BPE. *Se realizó análisis y seguimiento de los eventos adversos reportados a seguridad del paciente respecto a Farmacovigilancia, retroalimentación a los médicos hospitalarios y comprometiéndolos a realizar una revisión a la cual se le hará seguimiento. *Se encuentra en proceso de implementación las etiquetas LASA y de ALTO RIESGO</p> <p><b>REACTIVOVIGILANCIA</b> * Se implementó formato de reporte de incidentes del INVIMA * Se socializó las alertas de reactivos de uso de la institución generadas por el invima</p>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO



		*Se realizó análisis y gestión de los incidentes reportados			
	Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia. (abril-julio-octubre-diciembre)	En el mes Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

8

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	0%	0%
EN DESARROLLO	50%	100%	100%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	50%	0%	0%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

### Gerencia

Se priorizó dos oportunidades de mejora con 6 acciones, de las cuales dos se encuentran en desarrollo, dos no han iniciado y una se cumplió satisfactoriamente.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016
			Estado	Estado	Estado
88 - GER1	Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, Tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.	*En el mes de Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Diseñar propuesta de transformación cultural	*Se diseñó la Planeación estratégica 2016-2020 con base en los ejes de acreditación. *Se encuentra en fase de aprobación el programa de Transformación Cultural contemplado dentro del plan de desarrollo.	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO
	Implementar propuesta de transformación cultural		NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO

	Evaluar propuesta de transformación cultural		NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO
93 - GER6	Monitorizar el desarrollo de los programas: Seguridad del paciente, tecnovigilancia y farmacovigilancia, humanización)	*En el mes de Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Monitorizar el desarrollo de las estrategias de mejoramiento de la calidad (buenas prácticas, rondas de seguridad, paciente trazador, comités institucionales).	*Mes a mes se realiza seguimiento dentro del comité de seguridad del paciente, las estrategias de Paciente Trazador y Rondas de seguridad	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	17%	17%
EN DESARROLLO	67%	50%	50%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	33%	33%	33%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

### Gerencia del Talento Humano

En este grupo de estándares se priorizó dos oportunidades de mejora con cinco acciones, de las cuales dos de ellas se cumplieron de acuerdo a lo establecido y las demás se encuentran en desarrollo hasta final de año.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			05/04/2016	05/07/2016	03/08/2016
			Estado	Estado	Estado
108 - TH6	Fortalecer el proceso de inducción y re inducción enfocado en seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural. (abril-Julio-Octubre-Diciembre)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se viene adelantando la consolidación de base de datos del personal de planta, OPS y de Laboramos que realizó los cursos dispuestos en la plataforma virtual con el fin de expedir a final de año los certificados correspondientes.</li> <li>Se solicitó a las Universidades la relación de los docentes que hacen parte de los convenios Docencia -servicio, con el fin de vincularlos al proceso de inducción, re inducción, cursos de capacitación que se ofrecen de manera virtual por el hospital.</li> <li>Se fortaleció el proceso de inducción, incluyendo dentro de la inducción general del personal una charla de inducción por parte de psicología organizacional, se incluyeron los recorridos por la institución y se reforzó el seguimiento y control.</li> <li>Se tiene establecido Plan de Intervención clima laboral, brindando charlas a los diferentes a servicios en Transformación cultural, Manejo de conflictos, trabajo en equipo Atención al Usuario y la familia</li> </ol>	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Monitorizar el proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural (abril-Julio-Octubre-Diciembre)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se realizó seguimiento en el I Trimestre a través de POA al proceso de inducción y re inducción.</li> </ol>	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
116 - TH14	Revisar, actualizar y socializar la política de operación de gestión académica. GAC.PO-01.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se revisó, ajusto y consolidó dentro del Procedimiento GAC - PR-02 la política de operación de Gestión Académica de acuerdo a los parámetros establecidos en la oficina de calidad.</li> <li>Se socializó en Comité docencia - servicio</li> </ol>	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
	Socializar el procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO de acuerdo con lo definido en el estándar (Marzo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se socializó procedimiento GAC-PR-02 en el comité institucional docencia - servicio del mes de abril</li> </ol>	EN DESARROLLO	COMPLETO	COMPLETO

	Verificación de la aplicación del procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO (Abril, Julio-diciembre)	<p>1. Se realiza verificación de la supervisión del personal a través de las Rondas de Gestión Académica</p> <p>2. Se está en proceso de construcción herramienta para la verificación de la aplicación de dicho procedimiento.</p>	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
--	---	---	-------------	---------------	---------------

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	20%	40%	40%
EN DESARROLLO	40%	60%	60%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	40%	0%	0%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

### Gerencia del Ambiente Físico

Se priorizó dos oportunidades de mejora con siete acciones, de las cuales cinco se encuentran en desarrollo, una no ha iniciado y una se cumplió satisfactoriamente.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3
			2016/04/01	2016/07/05	2016/08/05
			Estado	Estado	Estado
120 - GAF2	Realizar el monitoreo de la trazabilidad del proceso de limpieza y desinfección.	*Se encuentra en medición de adherencia el proceso de limpieza y desinfección, dentro de la buena práctica de prevención de infecciones.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Medición de la aplicación del manual de buenas prácticas de esterilización	*En el mes de abril se realizó evaluación al personal de esterilización en cuanto al tema de limpieza y desinfección del Manual de buenas prácticas de esterilización. * Se viene ajustando el manual de buenas prácticas de esterilización, teniendo en cuenta las res 2183 de 2004, y diseñando una herramienta para la evaluación de la adherencia a éste. *Se realizó capacitación al personal misional	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Socialización de resultados que permitan mostrar la gestión ambiental de la organización.	*Se elaboró y socializó boletín informativo	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
122 - GAF4	Realizar seguimiento a la matriz de control operacional según la norma ISO 14001:2004.	*Se realizó seguimiento a la matriz de control operacional.	NO INICIADO	NO INICIADO	EN DESARROLLO

Actualización del PGIRASA para la vigencia teniendo en cuenta los cambios organizacionales		NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO
Realizar una inspección al gestor externo de reciclaje.	*Se viene realizando inspección a los servicios tercerizados de acuerdo al cronograma establecido.	NO INICIADO	COMPLETO	COMPLETO
Seguimiento de los indicadores de generación de residuos: no peligrosos y peligrosos.	* Se realiza seguimiento trimestral a los indicadores de Gestión Ambiental por parte de la coordinación y semestralmente por la unidad de análisis de la oficina de calidad	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

12

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	14%	14%
EN DESARROLLO	14%	57%	71%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	86%	29%	14%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

### Gestión de la Tecnología

Se cuenta con tres oportunidades de mejora priorizadas, las cuales tienen siete acciones en desarrollo.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016
			Estado	Estado	Estado
131 - GT2	Realizar seguimiento al indicador de alertas sanitarias (Junio-Diciembre)	*En los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivovigilancia se realiza seguimiento a los indicadores a través del seguimiento a programas que se realiza trimestralmente. *Biomédica realiza seguimiento al indicador de alertas sanitarias en equipos médicos.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Seguimiento del uso de tecnologías o dispositivos médicos (junio-Diciembre)	*En el mes de Junio se inició con las rondas para la revisión de almacenamiento y uso de los dispositivos en cada uno de los servicios *El proceso de Ingeniería Biomédica realiza rondas de seguimiento al uso de la tecnología médica.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

132 - GT3	Medir oportunidad de respuesta a situaciones que generan la no continuidad en la prestación de la atención por falla de equipo o dispositivo médico.	Se cuenta con un indicador de respuesta a los llamados, al cual se le realiza seguimiento y monitorización del cumplimiento de los tiempos establecidos para dar respuesta a las solicitudes.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Implementación del programa de Tecnovigilancia	*Se viene socializando y educando al personal en los temas dispuestos en el programa de Tecnovigilancia. *Se está diseñando Boletín Informativo con información relevante de los programas	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Seguimiento a indicadores de Tecnovigilancia.(No de reporte gestionados/Total reportados; No de reportes enviados a SSB e INVIMA/total de eventos adversos serios; No eventos adversos serios y no serios reportados a SSB/Total de eventos adversos serios y no serios reportados., Numero de alertas sanitarias emitidas por el programa/total publicadas en la pagina, cantidad de eventos de calidad reportados).(Abril-Julio-Octubre-Enero).	*Se llevó a cabo seguimiento de programas establecido en la resolución institucional 213 de 2015 en el mes de mayo, realizando seguimiento a los indicadores establecidos en los programas de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y Reactivovigilancia.	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
135 - GT6	Implementación continua de la metodología de reposición prevista en el Proyecto de renovación de tecnología (PREBIO)(junio-diciembre)	Se viene implementando la reposición prevista de acuerdo a la metodología del proyecto de renovación de tecnología y ajustando el proyecto a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2016-2020.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
	Evaluar el indicador de reposición de tecnología biomédica.(junio-diciembre)	Se realiza seguimiento trimestralmente de acuerdo a la metodología propuesta en el proyecto PREBIO, a través de POA.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	0%	0%
EN DESARROLLO	29%	100%	100%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	71%	0%	0%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

### Gerencia de la Información

Se encuentran priorizadas dos oportunidades de mejora en PAMEC 2016, con cinco acciones por desarrollar; de las cuales tres se encuentran en desarrollo, una completa a la fecha y una atrasada en la terminación de su ejecución.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			05/04/2016	05/07/2016	08/08/2016
			Estado	Estado	Estado
140 - G11	Realizar seguimiento del Programa Servimos con corazón. (Donde se incluya la verificación de la adherencia a la Política de humanización y derechos y deberes de los usuarios) en el componente de comunicación con el paciente y su familia. Teniendo en cuenta el enfoque de promoción y prevención y la información suministrada durante los procesos de atención.	Se realizó diagnóstico y planeación de las actividades a desarrollar durante el año	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
		Se realiza seguimiento trimestralmente al programa de acuerdo a las res interna 213 de 2015			
		Se articulo el programa de Humanización Servimos con Corazón con el programa de Transformación cultural, con el fin de tener un mayor impacto en las acciones a desarrollar.			
142 - G13	Implementar la unidad de análisis y metodología para evaluar variaciones no esperadas de los indicadores.	Se diseño y socializo el procedimiento de Gestión y Seguimiento de Indicadores	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	ATRASADO
		Implementación del procedimiento			
		Análisis de las variaciones no esperadas de los indicadores en la Unidad de Análisis			
	Capacitar a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software Daruma.	Se capacitó y presto asesoría a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software	COMPLETO	COMPLETO	COMPLETO
	Registrar los indicadores del sistema de información de la institución en el software Daruma	*Se depuraron y actualizaron los indicadores de acuerdo a la resolución 256 de 216 *Se realiza seguimiento al registro de indicadores en daruma	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO
Monitorizar comportamiento de los indicadores.	Monitorizar el comportamiento de los indicadores de acuerdo al procedimiento de Gestión y seguimiento de indicadores	NO INICIADO	EN DESARROLLO	EN DESARROLLO	

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	20%	20%	20%
EN DESARROLLO	40%	80%	60%
ATRASADO	0%	0%	20%
NO INICIADO	40%	0%	0%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

## Mejoramiento de la Calidad

15

Se priorizó una oportunidad de mejora con tres acciones, de las cuales dos no han iniciado su desarrollo y una de ellas ya culminó satisfactoriamente.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 0	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2
			05/04/2016	05/07/2016	05/08/2016
			Estado	Estado	Estado
155 - MCC2	Diseñar y socializar propuesta de transformación cultural	Se diseño el programa de Transformación cultural, el cual se encuentra en proceso de ajuste y aprobación por parte de gerencia, para iniciar su socialización y desarrollo.	NO INICIADO	EN DESARROLLO	COMPLETO
	Implementar propuesta de transformación cultural		NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO
	Evaluar propuesta de transformación cultural		NO INICIADO	NO INICIADO	NO INICIADO

### PROCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

COMPLETO	0%	0%	33%
EN DESARROLLO	0%	33%	0%
ATRASADO	0%	0%	0%
NO INICIADO	100%	67%	67%
%CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%



## 6. CONCLUSIONES

En el primer trimestre del año se programaron muy pocas acciones de mejora a ejecutar, ya que se dispuso para la organización y planeación del trabajo a desarrollar durante el año.


De las actividades programadas a corte 31 de Julio de 2016 se cumplió con el 98% de lo programado en PAMEC 2016.

El nivel de cumplimiento del PAMEC 2016 a corte 31 de Julio de 2016 es del 16%, con un porcentaje de actividades en ejecución del 78%, ajustándose a lo programado, teniendo en cuenta que muchas de las actividades tienen su cierre a fin de año, lo que no permite que el nivel de cumplimiento sea mayor a la fecha.

Cordialmente,



**LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ**  
Gerente



**Revisó: Dr HENRY MAURICIO CORREDOR**  
Asesor de Desarrollo de Servicios

**Proyectó: LUZ DARY GUERRERO MORENO**  
Asesora de Acreditación - Hospital Universitario

