

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
PAMEC 2016.



Construyendo Camino a la Excelencia

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
GERENTE

Enero 2016.



Construyendo Camino a la Excelencia



EQUIPO DIRECTIVO

Dra. Lyda Marcela Pérez Ramírez
Gerente

Dr. Carlos Emilio Vargas Cantor
Subgerente Administrativo y Financiero

Dr. Danilo Saza Sánchez
Subgerente Servicios de Salud.

Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo
Asesor Desarrollo de Servicios

Dra. Gloria esperanza Ortega pinilla
Asesor de Control Interno

Dra. Cyndi Barbosa
Asesor Jurídico

Dra. Gladys Alba Guio
Interventora a los Procesos De Talento Humano.



CONTENIDO

1.INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA IPS	4
2.PLATAFORMA ESTRATEGICA	4
2.1 MISIÓN	4
2.2 VISIÓN	4
2.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS	4
2.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.....	5
2.5 POLITICAS INSTITUCIONALES.....	5
3.PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
4.ALCANCE DEL PAMEC.	7
5.RUTA CRÍTICA DEL PAMEC.....	7
5.1 ETAPA DE AUTOEVALUACIÓN	7
5.2 METODOLOGÍA A IMPLEMENTAR PARA EFECTUAR LA AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DEL SUA.	12
5.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN PON ESTÁNDARES DEL SUA.	12
6.HISTORICO DE LA AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN. E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	13
6.1 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	15
6.2 PRIORIZACION DE PROCESOS.....	15
6.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.....	16
6.4 CALIDAD OBSERVADA	16
7.FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.....	17
8.IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.....	17
9.EVALUACIÓN DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.....	17
10.APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	18
11.LISTADO DE ANEXOS.	18

1. INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA IPS

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

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

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

2. PLATAFORMA ESTRATEGICA

2.1 MISIÓN

"Somos una Empresa Social del Estado líder en la prestación de Servicios de salud de mediana y alta complejidad, con vocación docente, investigativa y amigable con el medio ambiente, trabajamos con estándares de acreditación para brindar atención integral con calidad, humanización y seguridad del paciente y su familia. Contamos con talento humano comprometido, motivado e idóneo, con el apoyo de tecnología avanzada generando confianza, desarrollo y calidad de vida en nuestra sociedad".

2.2 VISIÓN

"En el año 2021, la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja será el Hospital Universitario líder de la región en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con reconocimiento nacional e internacional".

2.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Fortalecer la gestión del talento humano promoviendo su desarrollo integral, alto sentido de la responsabilidad y compromiso social
- Alcanzar la acreditación en salud y el reconocimiento como hospital Universitario
- Asegurar la sostenibilidad financiera que promueve el crecimiento empresarial
- Contar con la tecnología adecuada, amigable con el medio ambiente que contribuya con la integralidad de la atención y la gestión administrativa



-Fomentar la responsabilidad social a través de programas institucionales dirigidos al paciente y su familia.

2.4 PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 POLITICAS INSTITUCIONALES

Política de Consolidación Gerencial y Organizacional basada en el Talento Humano.

La ESE Hospital San Rafael de Tunja, se compromete con la gestión del Talento Humano, promoviendo su desarrollo integral, alto sentido de responsabilidad y compromiso social, a través de la implementación del programa de gestión integral del Talento Humano, con el fin de consolidarse como una organización que basa la prestación de servicios en la fortaleza de su talento humano.

Política de Servicios de Salud de Alta Calidad

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, se compromete a prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, enmarcados en criterios de mejoramiento continuo,



humanización, atención centrada en el usuario, seguridad para el paciente y su familia, implementando para ello los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad y el proyecto de Hospital Universitario.

Política de Solidez Financiera

La E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Se compromete a asegurar la sostenibilidad financiera que promueve el crecimiento empresarial, manteniendo un equilibrio financiero positivo, a través de la implementación del programa de gestión institucional de recursos financieros PEGIF y así lograr un desarrollo sostenible

Política de Gestión y Desarrollo Físico- Tecnológico como herramienta de competitividad

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja.se compromete a gestionar los recursos tecnológicos y físicos, necesarios que garanticen la integralidad de la atención institucional , la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas, convirtiéndose en una institución competitiva, eficiente y manteniendo su vocación amigable con el ambiente.

Política 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, la sociedad y el medio ambiente.

3. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios y su familia mediante estrategias de mejoramiento continuo y sostenido, desarrollando procesos de auditoría, que permitan usuarios.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

Identificar los procesos a intervenir a través de la priorización de los estándares, de acuerdo a la metodología propuesta por el Ministerio de protección social.

Motivar a coordinadores y líderes en el proceso de mejora continua que impacte en la atención de los pacientes y sus familias.



Generar cultura de autocontrol en líderes y coordinadores de áreas que intervienen en los procesos de atención tanto administrativa como asistencial de la institución.

4. ALCANCE DEL PAMEC.

El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad en este PAMEC es el sistema único de acreditación.

- **PERIODO DE IMPLEMENTACION DEL PAMEC**

El periodo de implementación del Programa de Auditorias para el mejoramiento de la calidad se establecerá a partir del mes de marzo al mes de Diciembre del año 2016.

- **PROPOSITO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

El propósito del Mejoramiento de la calidad para la institución es hacerla más competitiva en aras de que el paciente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos, la disminución de riesgos relacionados con la atención en salud, incrementar la eficiencia en la utilización de recursos institucionales e incrementar la satisfacción de los usuarios y obtener la Acreditación institucional.

5. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

5.1 ETAPA DE AUTOEVALUACIÓN

El enfoque establecido por la institución dentro de esta ruta crítica del PAMEC, es el del Sistema Único de Acreditación. La autoevaluación se establece teniendo en cuenta: la identificación de fortalezas, los soportes de las fortaleza, las oportunidades de mejora de cada estándar a lo cual se aplica la hoja radar (Enfoque , implementación y resultado) metodología del Ministerio de Protección Social.

En este orden de ideas se trabaja con los equipos establecidos en la institución y cuyo norte es el desarrollo de los grupos de estándares contemplados en el manual. Para el desarrollo de las sesiones de trabajo se define un día a la semana por cronograma previamente concertado para la aplicación de la metodología definida. Vale la pena mencionar que a lo largo de la vigencia 2015, se vinieron analizando los diferentes estándares, implementando acciones para fortalecer el proceso de autoevaluación.

Como insumo se cuenta con la matriz de seguimiento de cada uno de los estándares, con la información de la autoevaluación de los programas, comités, auditorías externas e internas realizadas, la aplicación de la metodología paciente trazador y el cruce de análisis de escucha de la voz del cliente interno y externo.

1.1 Cuadro Conformación de equipos de autoevaluación por grupos de estándares.

Nº	ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		PERFIL
1	COORDINADOR SIAU	TATIANA MENDOZA	LIDER
2	LABORATORIO CLINICO	CONSTANZA AHUMADA	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE IMAGENOLOGIA	LUIS ERNESTO PALMA LUNA	INTEGRANTE
4	COORDINADORA DE ENFERMERIA	ANA MARIA BOHORQUEZ	INTEGRANTE
5	COORDINADOR DE URGENCIAS	GUELMIS CAPELLA NIEBLES	INTEGRANTE
6	COORDINADOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	TATIANA MENDOZA	INTEGRANTE
7	COORDINADORA DE CLINICAS MÉDICAS	GLADYS GORDILLO	INTEGRANTE
8	COORDINADOR DE SERVICIOS QUIRURGICOS	ADRIANA MILENA FORERO ALDANA	INTEGRANTE
9	COORDINADORA DE FARMACIA	CRHISTIAN GUERRERO	INTEGRANTE
10	COORDINADORA DE EPIDEMIOLOGIA	NUBIA ZEA	INTEGRANTE
11	COORDINADOR DE EDUCACIÓN MÉDICA	LUIS ERNESTO PALMA LUNA	INVITADO
12	AUDITOR MEDICO CALIDAD	ANGELA MEDINA	CALIDAD
13	MEDICO ESPECIALISTA	SEGÚN CRONOGRAMA DE TURNOS	INVITADO
14	COORDINADOR DE PATOLOGIA	ELIANA PATRICIA JIMENEZ	INTEGRANTE
15	COORDINADOR DE FACTURACION	MARLEN GORDO	INVITADA
16	MEDICO HOSPITALARIO	SEGÚN CRONOGRAMA DE TURNOS	INVITADO
17	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	DANILO SAZA	INVITADO

Nº	ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		PERFIL
1	COORDINADORA DE TALENTO HUMANO	GLADYS ALBA GUIO	LIDER
2	TECNICO TALENTO HUMANO	LAURA BUITRAGO	SECRETARIA
3	PROFESIONAL TALENTO HUMANO	OSIAS VALENCIA	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	LINA CASTAÑEDA	INTEGRANTE
5	COORDINADORA SALUD OCUPACIONAL	ADRIANA LUCIA PACHECO	INTEGRANTE
6	JUNTA DIRECTIVA	ANABEL MEDINA	INVITADO
7	COORDINADOR EDUCACION MEDICA	LUIS ERNESTO PALMA	INVITADO
8	PROFESIONAL CALIDAD	NIDIA ESPERANZA VARGAS M	CALIDAD

Nº	ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO		PERFIL
1	COORDINADORA SALUD OCUPACIONAL	ADRIANA PACHECO MERCHAN	LIDER
2	PROFESIONAL GESTION AMBIENTAL	CESAR ADRIAN SANCHEZ C	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	WILLIAM BALAGUERA	INTEGRANTE
4	COORDINADOR DE URGENCIAS	GUELMIS CAPELLA NIEBLES	INTEGRANTE
5	INTERVENTORA	GLORIA CHAPARRO	INVITADO
6	COORDINADOR SIAU	TATIANA MENDOZA	INVITADO
7	COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA	NUBIA ZEA	INVITADO
8	PROFESIONAL CALIDAD	ESPERANZA VARGAS M	CALIDAD
9	PROFESIONAL DE CALIDAD	DORISOL PAMPLONA	CALIDAD

Nº	ESTANDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		PERFIL
1	INGENIERA BIOMEDICA	LORENA MERCHAN	LIDER
2	QUIMICO FARMACEUTICO	CRISTIAN GUERRERO	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	WILLIAM BALAGUERA	INVITADO
4	COMITÉ DE INFECCIONES	CARMEN HELENA TOBAR	INVITADO
5	PROFESIONAL DE CALIDAD	ESPERANZA VARGAS MALAVER	CALIDAD
6	ALMACEN Y SUMINISTROS	CARLOS LESMES	INVITADO
Nº	ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN		PERFIL
1	COORDINADOR DE SISTEMAS	PEDRO DAMIAN VELA	LIDER
2	COORDINADORA GESTION DOCUMENTAL	ELIZABETH CARO	SECRETARIA
3	COORDINADORA ATENCION AL USUARIO	TATIANA MENDOZA	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	LINA CASTAÑEDA	INTEGRANTE
5	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	DORIS ARCOS	INTEGRANTE
6	AUDITOR MEDICO CALIDAD	LUZ HELENA BARRETO	CALIDAD
7	COORDINADOR DE FACTURACION	MARLEN GORDO	INVITADO

Nº	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO		PERFIL
1	GERENTE	LYDA MARCELA PEREZ	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	DANILO SAZA	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARLOS EMILIO VARGAS	INTEGRANTE



5	ASESOR DE CONTROL INTERNO	GLORIA ESPERANZA ORTEGA	INVITADO
6	OFICINA DE CALIDAD	YIMMY RODRIGUEZ ROA	INTEGRANTE

Nº	ESTANDARES DE GERENCIA		PERFIL
1	GERENTE	LYDA MARCELA PEREZ	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	DANILO SAZA	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARLOS EMILIO VARGAS	INTEGRANTE

Nº	ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		PERFIL
1	LIDER PAMEC-ACREDITACIÓN	NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER	SECRETARIO
2	AUDITOR MEDICO CALIDAD	AIDA PATRICIA MEDINA	INTEGRANTE
3	AUDITOR MEDICO CALIDAD	ANGELA MEDINA	INTEGRANTE
4	AUDITOR MEDICO CALIDAD	SANDRA LILIANA BELLO	INTEGRANTE
5	PROFESIONAL CALIDAD	ESPERANZA VARGAS MALAVER.	INTEGRANTE
6	TECNICO CALIDAD	DORISOL PAMPLONA	INTEGRANTE
7	PROFESIONAL CALIDAD	SERGIO SANDOVAL	INTEGRANTE
8	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	HENRY MAURICIO CORREDOR	LIDER

La conformación de los equipos por grupo de estándares es un aspecto clave y la importancia está dada en que todos los niveles de personal profesional, técnico y auxiliar trabajen en equipo. Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle, por esta razón son los llamados a utilizar la autoevaluación como un instrumento para que los clientes den sugerencias y críticas y para que los involucrados analicen los procesos relevantes.



5.2 METODOLOGÍA A IMPLEMENTAR PARA EFECTUAR LA AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DEL SUA.

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

- Ver Anexo 1 Autoevaluación Cliente asistencial
- Ver Anexo 2 Autoevaluación Direccionamiento
- Ver Anexo 3 Autoevaluación Gerencia.
- Ver Anexo 4 Autoevaluación Gerencia del talento humano
- Ver anexo 5 Autoevaluación Gerencia de la información
- Ver anexo 6 Autoevaluación Gerencia del ambiente físico
- Ver anexo 7 Autoevaluación Gestión de la tecnología
- Ver anexo 8 Autoevaluación Mejoramiento de la calidad.

5.3 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN PON ESTÁNDARES DEL SUA.

Durante el mes de diciembre del año 2015 los diferentes equipos de colaboradores responsables de los estándares de Acreditación nos reunimos y según Metodología del Ministerio de protección Social se realizo la autoevaluación, la información fue consolidada por la oficina de Calidad concluyendo lo siguiente:

- Se obtuvo una calificación de 2.97 para el año 2015, la cual fue discriminada por estándares según se muestra en el siguiente cuadro de Autoevaluación Acreditación Resolución 123 de 2012.
- El estándar de cliente Asistencial se mantiene con el menor calificación respecto a los demás y esto obedece a que es el grupo que concentra el mayor número de estándares con mayor número de acciones, mayor número de participantes, con asignación de múltiples tareas por la naturaleza de sus cargos.

ESTANDARES	% CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR
CLIENTE ASISTENCIAL	2.35
DIRECCIONAMIENTO	3.08
GERENCIA	3.01
TALENTO HUMANO	2.75
AMBIENTE FÍSICO	3.07
TECNOLOGÍA	3.13
INFORMACIÓN	3.14
CALIDAD	3.26
PROMEDIO INSTITUCIONAL	2.97

Fuente: Oficina de calidad.

6. HISTORICO DE LA AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN. E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

La institución ha ido presentando una tendencia de mejoramiento pasando de una calificación de 1.99 en el año 2012 a una calificación de 2.97 en el año 2015. Mas sin embargo la tendencia es de avance.

AUTOEVALUACIÓN ACREDITACION RESOLUCION 123 DE 2012, RESOLUCION 2082 DE 2014.				
VIGENCIA	2012	2013	2014	2015
GRUPO DE ESTANDARES	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO	PROMEDIO
Cliente asistencial	1	1,45	1,91	2,33
Direccionamiento	2	2,17	2,5	3,08
Gerencia	2	2,2	2,51	3,01
Gerencia del talento humano	1,86	2,16	2,3	2,75
Gerencia del ambiente fisico	2,28	2,46	2,63	3,07
Gestión de la tecnologia	2,27	2,55	2,6	3,13
Gerencia de la Información	1,5	2,3	2,61	3,14
Mejoramiento de la calidad	3	2,5	2,72	3,26
RESULTADO AUTOEVALUACION	1,99	2,2	2,47	2,97

Fuente: Oficina de Calidad

a. Resultados de las auditorías internas.

Ver anexo No 9. Informe de Control Interno.

b. Resultados de auditorías externa :

Ver: Anexo 10 Informe de Auditoría sistema de seguridad y salud en el trabajo

Ver:] Anexo 11 Informe de Auditoría Sistema de Gestión ambiental.

c. Resultados de análisis de indicadores.



Ver Anexo 12 Informe de indicadores.

d. Análisis de la escucha de la voz del cliente.

Ver Anexo 13 Informe de satisfacción SIAU
Ver Anexo 14 Informe de cliente interno

e. Medición de adherencia a buenas prácticas en la atención en salud

Ver Anexo 15 Informe de medición de adherencia de BPS

f. Informe de Gestión de Comités institucionales

Ver Anexo 16. Gestion de Comités institucionales

6.1 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

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

Esta es una herramienta metodológica que permite hacer la socialización frente a los colaboradores en busca de mayor adherencia al proceso y generación de cultura de transformación cultural para lograr mejores alcances en el desarrollo de Programa.

Ver Anexo 17 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales Estándares Cliente asistencial

Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales Estándares de Apoyo. Ver Anexo 18.

6.2 PRIORIZACION DE PROCESOS

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



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

Ver anexo 19 Planes de Mejoramiento y Priorización de oportunidades de mejora por estándar.

6.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

CALIDAD ESPERADA	
VIGENCIA	2016
GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACIÓN
Cliente asistencial	2,68
Direccionamiento	3,54
Gerencia	3,46
Gerencia del Talento Humano	3,16
Gerencia del Ambiente Físico	3,53
Gestión de la Tecnología	3,60
Gerencia de la Información	3,61
Mejoramiento de la Calidad	3,75
PROMEDIO	3,42

Fuente: Oficina de calidad



6.4 CALIDAD OBSERVADA

Se desarrollara según lo contemplado en el programa anual de auditorías de PAMEC 2016.

Ver Anexo 20 programa de Auditorias PAMEC.

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

Producto de la priorización por estándar se proyecta el trabajo de 46 acciones de mejora en total incluyendo los diferentes grupos y subgrupos de Acreditación.

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

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

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
TOTAL	46

Ver Anexo 19 Planes de mejoramiento con énfasis de acreditación.

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

La implementación se realizará según cronograma establecido.

9. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA

El seguimiento y autocontrol tendrá una periodicidad trimestral acorde con los lineamientos de planeación de la institución.



10. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

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

11. LISTADO DE ANEXOS.

- Anexo 1 Autoevaluación Estándar cliente asistencial
- Anexo 2 Autoevaluación Estándar Direccionamiento
- Anexo 3 Autoevaluación Estándar Gerencia
- Anexo 4 Autoevaluación Estándar Gerencia del Talento Humano
- Anexo 5 Autoevaluación Estándar Gerencia de la información
- Anexo 6 Autoevaluación Estándar Gerencia del ambiente físico
- Anexo 7 Autoevaluación Estándar Gestión de la tecnología
- Anexo 8 Autoevaluación Estándar Mejoramiento de la calidad.
- Anexo 9 Resultado de las Auditorías internas
- Anexo 10 Resultado de las Auditorías externas. Informe de Auditoria Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Anexo 11 Auditorias Sistema de Gestión ambiental
- Anexo 12 Informe de indicadores
- Anexo 13 Informe de Sistema de Información al usuario
- Anexo 14 Informe Cliente interno
- Anexo 15 Informe de medición de adherencia de BPS
- Anexo 16. Gestion de Comités institucionales
- Anexo 17 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales Estándares Cliente asistencial.
- Anexo 18 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales Estándares de Apoyo.
- Anexo 19 Planes de mejoramiento con énfasis de acreditación y Priorización Oportunidades de mejora
- Anexo 20 Programa de Auditorias PAMEC

Aprobó


Dra. Lyda Marcela Pérez Ramírez
Gerente

Proyecto: Nidia Esperanza Vargas Malaver *Nidia Coproger*
Reviso: Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo. 

ANEXO NUMERO 19



Construyendo Camino a la Excelencia

Características culturales.	33	31 - Julio	5	5	4	100	Monitorear la comprensión del estado frente al proceso de información y educación relacionada con su condición clínica (rondas de seguridad, paciente trazador)	Estrategia-Gestión de calidad	Dr. Aldo Medina Dra. Angella Medina Eugenia Vargas M
<p>IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS MAS EFECTIVAS PARA GARANTIZAR ADHERENCIA AL PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS, MINIMIZAR ERRORES DE ADMINISTRACION Y FORTALECER EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA.</p>						<p>Incluir en las estrategias del Programa Instructivo de Farmacovigilancia las acciones formuladas en el CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD prioritarias "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" (Junio-Diciembre)</p> <p>Implementar las estrategias del Programa Instructivo de Farmacovigilancia las acciones formuladas en el CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD prioritarias "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" (Junio-Diciembre)</p>	<p>Misionales Apoyo de los servicios de salud- Farmacia</p>	<p>Dr. Cristian Guerrero</p>	
<p>Garantizar el proceso de atención a víctimas de maltrato infantil abuso sexual o violencia intrafamiliar</p>	43	43 - Agosto	3	4	5	100	<p>Realizar monitoreo y seguimiento de los programas : Farmacovigilancia y el Programa de Uso racional de antibióticos (seguimiento de notificaciones planiseabax) (Abril-Julio-octubre-enero)</p> <p>Capacitar al personal asistencial en el manejo integral de las víctimas de violencia, maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.</p> <p>Evaluar avances del programa de buen trato</p>	<p>Misionales Apoyo de los servicios de salud- Farmacia</p> <p>Misionales- consulta externa- Gestión del Talento Humano.</p> <p>Misionales- consulta externa</p>	<p>Dr. Cristian Guerrero</p> <p>Dra. Tatiana Mendoza Dra. Gladys Alba Guao.</p> <p>Dra. Tatiana Mendoza</p>

Total 11 Acciones de Mejoramiento

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
MATRIZ DE PRIORIZACION Y PLAN DE MEJORAMIENTO

NOMBRE IP: 150010010101
NOMBRE RESPONSABLE: 31/12/2016
CARGO RESPONSABLE: VIGENCIA: 01/01/2016
CRITERIO: 90 FECHA DE ELABORACIÓN: 10/06/2015

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEDIDA	PRIORIZACIÓN			ACORDES DE MEJORAMIENTO	ANEXOS al mejoramiento	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN																							
		Riesgo	Corto	Mediano					Total	ENERO 2016	FEBRERO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO 2016	AGOSTO 2016	SEPTIEMBRE 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	DICIEMBRE 2016											
4. T6. OIRI	Estimar los resultados de la aplicación de los programas de mejoramiento social en las instituciones de servicios médicos, odontológicos, psicología y medicina física y reafirmación.	5	5	5	325	Realizar seguimiento orientado a la ejecución de los programas de mejoramiento social en las instituciones de servicios, seguridad del paciente, tecnología, farmacología, diagnóstico y medicina física (dentado, odontología)	Investigación, Gestión de la Calidad, Seguridad del paciente	profesional odontólogo, coordinador servicio farmacología, coordinación laboratorio clínico, Intensiva proceso consulta externa SMIU, profesional de psicología, análisis auditer labor, Seguridad del paciente.	ENERO 2016	ENERO 2016	FEBRERO 2016	FEBRERO 2016	MARZO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JUNIO 2016	JULIO 2016	JULIO 2016	AGOSTO 2016	AGOSTO 2016	SEPTIEMBRE 2016	SEPTIEMBRE 2016	OCTUBRE 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	DICIEMBRE 2016	DICIEMBRE 2016
Total 7 Acciones de Mejoramiento																																

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
 DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
 MATRIZ DE PRIORIZACION Y PLAN DE MEJORAMIENTO

NOMBRE EPS: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
 NOMBRE RESPONSABLE: NIDIA ESPERANZA VIRGAS MALAVER
 CARGO RESPONSABLE: LIDER ACREDITACION- PAMAC
 CODIGO DE HABILITACION: 150010010101
 VIGENCIA: 01/01/2016
 FECHA DE ELABORACION: 31/12/2016
 CRITERIO: 30

ESTADO/ CATEGORIA ESPECIALIA	OBTENCION DE MEDIDA	PRIORIZACION			ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SOLUCION SOLICITADA	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCION	PERIODO													
		Riesgo	Costo	Impacto					ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEPT 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016		
1	88 - 0021	3	3	4	100	Realizar seguimiento trimestral a las creces de los Programas Institucionales humanizacion del servicio, seguridad del paciente, transparencia, farmacia, farmacovigilancia, farmacia y reactividad.	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	profesional quinto farmacia, coordinador servicios farmacéuticos, coordinador laboratorio clínico, intervención proceso controla externa- Salud, profesional de psicología, médico auxiliar- Salud Seguridad del paciente.	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEPT 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016		
						Realizar seguimiento trimestral a las creces de los Programas Institucionales humanizacion del servicio, seguridad del paciente, transparencia, farmacia, farmacovigilancia, farmacia y reactividad.	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	Nidia Esperanza Virgas Malaaver														
						Implementar propuesta de transformación cultural	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	Nidia Esperanza Virgas Malaaver														
						Ejecutar propuesta de transformación cultural	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	Nidia Esperanza Virgas Malaaver														
						Monitorizar el desarrollo de los programas: Seguridad del paciente, farmacovigilancia, y farmacovigilancia, (farmacia y reactividad)	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	Dr. Yuli Marcela Perez Gisela HSEI, Dr. Henry Mauricio Cornejo Masor Desarrollo de Servicios, Dr. Danilo Sosa Salazar Servicios de Salud de Salud														
6	93 - 0281	5	5	4	100	Continuar desarrollo de la política de seguridad del paciente	Estadístico-Gestión de calidad- Atención a la calidad- Atención a la calidad- Salud Seguridad del paciente	Dr. Yuli Marcela Perez Gisela HSEI, Dr. Henry Mauricio Cornejo Masor Desarrollo de Servicios, Dr. Danilo Sosa Salazar Servicios de Salud de Salud														

Total 6 Acciones de Mejoramiento

ANEXO NUMERO 1



Construyendo Camino a la Excelencia

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA

NOMBRE II
NOMBRE RESPONSABLE:
CARGO RESPONSABLE:

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
NIDIA ESPERANZA VARGAS M
LIDER ACREDITACIÓN- PAMEC.

CODIGO DE HA: 150010010101
VIGENCIA PLAN DE: 01/01/2016 A 31/12/2016
FECHA DE ELABORACIÓN: 31.12.2015.

ESTANDAR : CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN								TOTAL
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS			
				SISTEMICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE	PERMANENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	

1 - AsDP1	1. La institución cuenta con una declaración de derechos y deberes que actualmente se despliega a	Promover en la Institución la cultura de respeto por los derechos y deberes	1. Código de ética 2. Guía de admisión para el paciente y su familia.	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	3,30
2 - AsDP2	1. La institución cuenta con un código de ética y buen gobierno actualizados a 2015, en el que están definidos los valores, principios,	Garantizar el derecho de los usuarios a participar o rehusar de las investigaciones clínicas a desarrollar por la institución.	Resolución 245 de 2013 1. Documento codificado 2. Documento soporte 3. Trabajo escrito	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2,20
3 - AsDPS	La institución cuenta con un código de ética y buen gobierno en el que están definidos los valores, principios,	Continuar fortaleciendo el comité de Ética Hospitalaria	código de ética resolución N° 353 de 2008 Código de ética	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3,50
4 - AsDP4	Se cuenta con procedimientos de autocontrol por parte de tercerizados y sistemas de vigilancia de cumplimiento a través de los	Implementar mecanismos para garantizar el cumplimiento de estándares de acreditación en los	Rondas de seguridad, comité de vigilancia epidemiológica. Actas de conciliación	3	3	2	3	3	2	2	2	2	1	2,30
5 - AsSP1	Se cuenta con una política de seguridad definida Se cuenta con indicadores de reporte.	Continuar despliegue de la política de seguridad del nacimiento	Documento con la política aprobada por resolución Resolución 284 de 2013.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3,50
6 - AsSP2	Están documentadas y socializadas las posibles situaciones que afectan la seguridad del paciente durante el	Continuar Fortaleciendo la cultura de seguridad del paciente enfocada en la	Matriz de seguridad del paciente CODIGO: OADS CA-F-75	4	4	4	3	3	3	2	2	3	2	3,00
7 - AsSP3	Se tiene implementado parcialmente las recomendaciones de la guía en lo relacionado con Infecciones, (Continuar Implementando las recomendaciones que sean aplicables de la Guía técnica	matriz de priorización de riesgos contemplada en el programa de seguridad	4	4	4	3	3	3	3	2	3	2	3,10
8 - AsAC1	Se cuenta con el Digiturno como mecanismo para la identificación de barreras y el personal indicado para la atención de los usuarios.	Garantizar el acceso de los usuarios a la institución de acuerdo a sus necesidades	Digiturno Procedimiento de priorización de pacientes	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,90
10 - AsAC3	Se cuenta con un modelo de prestación de servicios con enfoque en acreditación actualizado.	Garantizar el ciclo de atención de los usuarios durante la atención en la institución	Documento Modelo de prestación de servicios	4	4	3	3	3	3	3	2	2	1	2,80
11 - AsAC4	1. Se cuenta con procedimientos documentados para la asignación de citas	Garantizar en el procesado asignación de citas, el derecho	Procedimiento unificado de asignación de citas	4	4	3	3	2	2	2	2	2	1	2,50
12 - AsAC5	1. Se cuenta con procedimientos documentados para la asignación de citas y para atención de consulta	Ajustar los tiempos de atención de acuerdo a la capacidad instalada y el	Procedimiento unificado para asignación de citas COD CE-PR-02	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
13 - AsAC6	1. Se cuenta con procedimiento documentado de estudio de inasistencia a consulta especializada	Ajustar los indicadores, estándares de oportunidad (servicios ambulatorios) y de	Procedimiento MONITOREO Y SEGUIMIENTO EN CASO	3	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2,50
14 - AsAC7	1. Se cuenta con personal para la entrega de información sobre lo requerido para la atención dentro de la institución /SIAID.	Implementación del procedimiento de información al usuario y socialización de la guía de acceso al	Guía de atención para paciente hospitalizado y su familia Ruta de atención	4	4	3	2	2	2	1	1	1	1	2,10
15 - AsAC8	1. Se cuenta con diferentes mecanismos para el acceso de los usuarios a citas médicas. 2. Se realiza confirmación de citas vía	Continuar con el despliegue e implementación de los folletos de preparación y aplicación del manual de preparaciones	Manual de preparaciones para ayudas diagnósticas y terapéuticas Folletos de preparación	4	4	3	3	3	3	2	2	1	1	2,60
16 - AsREG1	Se cuenta con mecanismos redundantes de identificación institucional del usuario. Se cuenta con informadores quienes	Articular los procedimientos asistenciales y administrativos para el ingreso al usuario, incluyendo la atención	Procedimiento transversal de identificación del paciente Tableros de identificación	4	4	4	3	3	3	2	2	1	1	2,70
17 - AsREG2	Se cuenta con procedimientos documentados Se cuenta con informadores en áreas claves de la institución .	Evaluar los mecanismos de información al usuario y su familia sobre la información suministrada durante su estancia en la Institución	SIAU-PR-04 INFORMACION AL USUARIO INTERNACION SIAU-PR-05	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2,40
18 - AsREG3	Se cuenta con manual de preparaciones para ayudas diagnósticas y terapéuticas . Se encuentran las preparaciones en la historia clínica sistematizada para valorar las necesidades de los	Continuar ajustando guías y protocolos estableciendo las necesidades de preparación previa del paciente para	Manual de preparaciones para ayudas diagnósticas Matriz cruce epidemiológica 2014.	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,90
19 - AsEV1	Se cuenta con la proyección en la historia clínica sistematizada para valorar las necesidades de los	Proyectar e implementar una metodología para dar respuesta a las necesidades de	Asignación y cronograma	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,30
20 - AsEV2	1. La institución cuenta con normatividad interna para el desarrollo de programas institucionales como parte de la	Definir mecanismos de implementación del programa de Promoción de la salud y Promoción de la enfermedad.	Estrategia IAMI-AIEPI, Programa amigos del corazón.	4	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2,00

21 - ASEV3	Se cuenta con la señalización de acuerdo al tipo de aislamiento y las recomendaciones de cada uno tanto para el paciente como para el personal que lo atiende y los visitantes.	Continuar fortaleciendo el procedimiento de identificación de necesidades de aislamiento desde el momento de admisión.	Resolución del Comité de Infecciones Res: 244 del 17 sept 2013 Actas comité de infecciones	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2,90
22 - ASPL1	La institución cuenta con Plan canguro donde se establecen mecanismos para educar en salud.	Promover y gestionar procesos de evaluación de los riesgos en salud priorizados por servicios.	Programa madre canguro.	4	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,90
23 - ASPL2	Se cuenta con guías según perfil epidemiológico institucional, de las cuales algunas se encuentran en proceso de actualización.	Continuar implementando y desarrollando la planeación de	Perfil epidemiológico 2014.	4	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,90
25 - ASPL4	Se cuenta con la historia clínica que permite verificar los antecedentes clínicos. Esta historia clínica se encuentra actualizada con la data.	Garantizar en el paciente atendido de manera ambulatoria y hospitalizado el historial médico de los	Historia clínica especialidad de maxilofacial HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2,30
26 - ASPL5	El servicio de imagenología cuenta con información en sistema Agility sobre datos personales del pacientes	Continuar fortaleciendo el mecanismo que permita la comunicación de los resultados	Sistema Agility Boleta para reclamar	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2,30
27 - ASPL6	Se cuenta con procedimiento de entrega de resultados incluyendo la	mejorar el proceso de toma de muestras basado en evidencias	Procedimiento de entrega de resultados para	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,80
28 - ASPL7	Se cuenta con Guía actualizada del recién nacido y estrategia IAMI, juntas de diagnóstico perinatal y guía	Articular a los grupos voluntarios en el trabajo de acreditación y soporte	ludoteca ubicada en el servicio de pediatría. Resolución 223 de 2014	4	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2,00
29 - ASPL8	Se cuenta con folletos para la prevención de complicaciones en el embarazo, parto y post parto. Estrategia IAMI, diseño programa	Planear, desplegar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los	Programas: B24, Amigos del corazón, madre canguro, piel sana, estrategia IAMI.	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,60
30 - ASPL9	En servicios ambulatorios, cirugía ambulatoria, se encuentran documentados los cuidados	diseñar estrategias para entregar información al usuario sobre el cuidado	Folletos de cuidados posteriores al procedimiento	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,50
31 - ASPL10	Se cuenta con listado codificado de procedimientos a los que se les debe aplicar consentimiento informado	Garantizar el adecuado diligenciamiento del consentimiento informado que incluye la verificación del	PROCEDIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO-CÓDIGO: AUC-00-07	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2,10
32 - ASPL11	Se cuenta con programa de buen trato por el cual se brinda atención integral a las personal vulneradas por	Ajustar el proceso de atención teniendo en cuenta los criterios de privacidad y	Política de humanización de la atención institucional Resolución	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2,70
33 - ASPL12	SE TIENE IMPLEMENTADO EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA. SE CUENTAN CON MECANISMOS PARA EVITAR ERRORES DE MEDICACIÓN	IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS MAS EFECTIVAS PARA GARANTIZAR ADHERENCIA AL PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIHISTAMINICOS	DOCUMENTO: FORMATO NO POS. Informes de avances de los comités de farmacovigilancia	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2,00
34 - ASPL13	Se cuenta con procedimientos estandarizados para la toma de exámenes de laboratorio clínico y entrega de resultados	contribuir con la optimización de los tratamientos prescritos para los usuarios de la institución mediante la	folletos con la preparación entregados por SIAU en consultorio	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2,00
35 - ASPL14	Se encuentra documentado y actualizado el procedimiento de toma de muestras donde se definen los	Realizar toma de muestras y transporte de acuerdo a los procesos y protocolos	LB-M- 03 MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS. LB-PT-02 TRANSPORTE	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2,30
36 - ASPL15	se cuenta con laboratorio de patología certificado en ISO 9001.	Medir adherencia a procedimientos de	certificación de iso 9001 famedit.	4	4	4	3	3	3	2	2	2	2	1	1	2,80
37 - ASPL16	Se cuenta con protocolo de marcación fijación empaque traslado de muestras de citología. Procedimiento de traslado de muestras en el servicio de patología.	Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los	Procedimiento de recepción y matrícula de citologías cervicovaginales (Patología).	4	4	4	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2,80
38 - ASPL17	Se cuenta con mecanismo de comparación de resultados del control de calidad externo.	Documentar registro de acciones tomadas cuando los resultados del control de	Reportes RIQAS de las áreas de hematología, coagulación, química,	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3,20
39 - ASPL18	Se cuenta con un Programa de prevención, vigilancia y control de infecciones que responde a los requerimientos del estándar	Ajustar el documento del Sistema de Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias enfocada al	Documento CÓDIGO: VSP-M-04: SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,30
40 - ASE11	La organización garantiza mediante protocolos y procedimientos que el profesional tratante provee	Diseñar procedimientos para el manejo interdisciplinario, que incluye un plan de cuidado y	Formato interconsulta Código: F-008 * Instructivo de	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,80
41 - ASE12	Se cuenta con programa de asesoría y atención a población con VIH/ SIDA (programa B24).	Garantizar la implementación y seguimiento de los programas B24 y seguridad del paciente por medio de los comités	RESOLUCIÓN 272 DE 2014. PROGRAMA B24	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,70
42 - ASE13	La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias	Medir la adherencia a las guías de atención médica mediante las auditorías de las historias	rocedimiento de Auditoría de historias clínicas código: CA-PR-03	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2,60
43 - ASE14	Se cuenta con programa de buen trato por el cual se brinda atención integral a las personas vulneradas por	Garantizar el proceso de atención a víctimas de maltrato infantil abuso sexual	Programa de buen trato institucional: Resolución 074 de 21 de abril de	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
44 - ASE15	La institución cuenta con un procedimiento documentado y	Estudiar la solicitud del usuario y en junta de especialistas en	Documento, Juntas Quirúrgicas, juntas	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2,70
45 - ASE16	La organización cuenta con guías de manejo en donde queda registrado en la cual se incluye el enfoque de promoción y prevención. La institución cuenta con folletos	Establecer estrategias para la identificación de necesidades de educación de los pacientes e incluirlas en la guías de práctica clínica	Guías de manejo actualizadas y publicadas 113, folletos educativos, guía de admisión del paciente y	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2,00

46 - ASEV3	Se cuenta con los instrumentos para hacer la auditoría de la historia clínica.	Continuar la implementación de auditoría de historia clínica, incluyendo el reporte de los	Informes de auditoría de historia clínica año 2015.	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2,00
47 - ASEV2	1. Se cuenta con programa de evaluación de PQR a través del SIAU	Garantizar el proceso de atención a las manifestaciones	SIAU-PR-02 APERTURA DE BUZONES.	4	4	4	3	3	3	2	2	1	1	2,70
48 - ASEV3	Se cuenta con un procedimiento y una metodología para identificar al paciente copnsultador crónico	Definir al interior de la institución la identificaion del paciente consultador crónico.	procedimiento identificación paciente consultador crónico	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,10
50 - ASAL1	Se cuenta con planes de cuidado en cirugía ambulatoria, ginecoobstetricia,	Diseñar estrategias para garantizar al usuario y su	Planes caseros (folletos) de las patologías más	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
51 - ASAL2	1. La institución cuenta con los programas institucionales.	La organización garantiza la promoción , protección y	Resolución de Programas: B24, Amigos	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3,20
52 - ASREF1	Se cuenta con un procedimiento institucional para la remisión de muestras de laboratorio a catolonia	1. Aplicar mecanismos de alarma para monitoreo resultados críticos y el	Procedimientos de referencia documentados y socializados	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2,00
53 - ASREF2	1. Se cuenta con un procedimiento institucional para la remisión de	Revisar, ajustar, socializar e implementar procedimientos y	Procedimientos de referencia documentados	4	4	4	3	3	3	2	1	1	1	2,60
54 - ASREF3	Se cuenta con un procedimiento de referencia y contrareferencia de muestras en donde se describen los correctos correctos para remisión de	Mejorar el proceso de referencia de muestras y contrareferencia de resultados en el Laboratorio Clínico.	Procedimiento de Referencia de muestras y contrareferencia de resultados (CÓDIGO: SSS-	4	4	4	4	3	3	2	2	2	1	2,90
55 - ASREF4	El servicio de imagenología cuenta con un procedimiento RESPUESTA Y MECANICANISMO DE ALARMA PARA	Garantizar la continuidad de la atención de los pacientes atendidos por el servicio de	RESPUESTA Y MECANICANISMO DE ALARMA PARA ESTUDIOS	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1,60
56 - ASREF5	Se cuenta con el procedimiento actualizado ATENCION Y EVOLUCION DEL USUARIO DE REHABILITACION	Revisar, ajustar, socializar e implementar procedimientos y formatos de acuerdo a criterio	rocedimiento actualizado ATENCION Y EVOLUCION DEL USUARIO DE	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,50
57 - ASREF6	La institución cuenta con	Garantizar el egreso del paciente por parte de facturación se da en un tiempo	DRA MARLEN GORDON	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,50
74 - AMCC1	La institución cuenta con un proceso de mejoramiento continuo con la implementación de oportunidades de	GARANTIZAR UN PROCESO DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA.	Documento PAMEC2015, matriz de seguimiento.	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1,80

PROMEDIO ESTANDAR 2.33

ESTANDARES EVALUADOS 55
 ESTANDARES NO EVALUADOS 16
 SUMA DE EVALUADOS 55

1
2
3
4
5

N/A

ANEXO NUMERO 2



Construyendo Camino a la Excelencia

**DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA**

NOM **E.S.E HSOPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** CODIGO DE HAI 150010010101
 NOMBRE RESPONSABLE: **NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER** VIGENCIA PLAN DE 01/01/2015 A 31/12/2015
 CARGO RESPONSABLE: **LIDER ACREDITACIÓN PAMEC** FECHA DE ELABORACIÓN 31.12.2015

ESTANDAR : DIRECCIONAMIENTO

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN								TOTAL		
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
				SISTEMICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION		TENDENCIA	COMPARACION
75 - DIR1	La institución cuenta con una declaración de derechos y deberes que actualmente se despliega a nuestros usuarios, contemplando en el edición de colaboración.	Fortalecer y evaluar estrategias de responsabilidad social frente al usuario, colaboraciones.	Acto administrativo de aprobación de resolución 258 Matrices dofa de cada proceso para la	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3,20
76 - DIR2	Alineado con la plataforma estratégica se definió el plan de desarrollo 2013 - 2016, el cual da origen al plan indicativo institucional, que a	Revisión de POAs de la diferentes áreas realizando ajustes en las metas de acuerdo a los hallazgos en la	Plataforma estratégica institucional, Informe de elaboración y actas de participación colectivas, Matrices de analisis DOFA.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3,80
77 - DIR3	Se realizo socialización de metodología de elaboración de POAs. Se construyo tablero de indicadores para el mismo y se	Articular los programas de auditoria de la oficina de calidad y control interno y evaluar las desviaciones en los	Actas de socialización de metodología de planeación de Informes de control interno, planes de	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,40
78 - DIR4	Se cuenta con modelo de prestación de servicios socializado con enfoque en el	Evaluar los resultados de la ejecución de los programas	Medición de modelo de prestación de servicios informe de avance	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	3,30
79 - DIR5	Se cuenta con política de humanización desplegada mediante un programa y medida con indicadores de	Garantizar el despliegue de la política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su	Política de humanización Resolución 285-2013 Informe de plan operativo anual Ficha técnica de	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,10
80 - DIR6	Dentro de la plataforma estratégica se definió la política de servicios de salud de alta calidad, orientada a	valuar la solidez de la política de prestación de servicios, analizando su aplicación y desarrollo	Plataforma estratégica, Plan indicativo, planes operativos por áreas. Programa de salud	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3,60
81 - DIR7	Los recursos para la operación de los procesos se asignan desde el presupuesto,	Definir estrategias para fortalecer y evaluar los puntos de control de tal	Resolución 142 de 24 de abril de 2013 en la cual se define la evaluación y	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,10
82 - DIR8	Se cuenta con modelo de prestación de servicios de salud, el cual tiene indicadores de oportunidad, . Se tiene aún	Fortalecer el seguimiento y validación de BSC de indicadores ajustados los de puerta de entrada	Modelo de prestación, indicadores de seguimiento del modelo de prestación	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3,10
83 - DIR9	Se cuenta con programa de inducción, dentro de los temas se trata: seguridad del	Continuar fortaleciendo el programa de inducción y reinducción.	Se cuenta con los POAs definidos para talento humano y calidad en los	4	4	3	4	3	4	3	3	2	2	3,20
84 - DIR1	En el momento se han realizado socializaciones de temas puntuales sobre	Actualizar los procesos y procedimientos de asesoría y educación	Actas de capacitación, informe de desempeño de indicadores,	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
86 - DIR1	Se cuenta con oficina de GESTIÓN ACADÉMICA que realiza seguimiento a la	Fortalecer el proceso docencia-servicio mediante el diseño de	Acuerdo 13 de 2014 por la cual se aprueba el modelo académico.	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2,60
87 - DIR	PAMEC 2014. Informes de seguimiento al cumplimiento de los POA.	Garantizar la implementación de las oportunidades de	Informe implementación del PAMEC - Informes de seguimiento al	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,50

PROMEDIO ESTANDAR 3.08

ESTANDARES EVALUADOS 12
 ESTANDARES NO EVALUADOS 1
 SUMA DE EVALUADOS 12

1
2
3
4
5
N/A

ANEXO NUMERO 3



Construyendo Camino a la Excelencia

**DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA**

NOM: **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**
 NOMBRE RESPONSABLE: **NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER**
 CARGO RESPONSABLE: **LIDER ACREDITACIÓN - PAMEC**

CODIGO DE HA: **150010010101**
 VIGENCIA PLAN DE M: **01/01/2015** A **31/12/2015**
 FECHA DE ELABORACION: **31.12.2015**

ESTANDAR DE GERENCIA

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
				SISTEMICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPUEGO EN LA INSTITUCION	DESPUEGO AL CLIENTE INTERNO O EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	
88 GER1	La institución tiene definida su estructura orgánica basada en unidades funcionales articuladas para el adecuado desempeño de los procesos.	Fortalecer estrategias en materia de responsabilidad social	Caracterización de procesos en buzón de sugerencias, matriz de planeación y productos del despliegue de resolución 258 de 2012	4	4	4	4	3	4	3	3	2	2	3,90
89 GER2	Se cuenta con programas IAMT, Madre canguro en los que promueve el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.	Garantizar la realización de actividades de promoción de la	Plan y procedimientos de solicitud de referenciación	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3,50
90 GER3	Plan de desarrollo con objetivos de evaluación de mercados	Evaluación y análisis de de RIPS	Seguimiento de cumplimiento habilitación POA y los informes de	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	3,30
91 GER4	1. La institución implemento como herramienta de gestión el Modelo Estandar de Control Interno, en el	Garantizar la identificación, priorización,	planes de mejoramiento de MECI % de cumplimiento de planes de mejoramiento	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3,30
92 GER5	1. Se han realizado referencias a instituciones	Fortalecer el proceso de referenciación	Plan y procedimientos de solicitud de referenciación	4	4	4	3	3	4	3	2	2	2	3,10
93 GER6	11. Existe una oficina líder de los procesos de mejoramiento de la calidad que sirve de puente entre la alta gerencia y la parte operativa	Fortalecer el trabajo de los líderes de los estándares de acreditación a través de comités institucionales.	Programas, Plan operativo anual, plan de desarrollo, gestión de indicadores, comités institucionales.	4	4	3	4	3	3	2	2	2	2	2,90
94 GER7	1. La institución tiene definido un proceso de planeación institucional donde se realiza un análisis del entorno interno y externo y de	Fortalecer el proceso de planeación estratégica con respecto a la	PLAN DE DESARROLLO PLANES OPERATIVOS ANUALES	4	3	3	4	4	4	4	4	2	2	3,40
95 GER8	MECI	Garantizar que en el seguimiento de los	Informe MECI, planes de mejoramiento, actas de	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,50
96 GER9	1. Se cuenta con Código de ética y buen gobierno.	Garantizar la implementación de la política de	Se cuenta con Código de ética y buen gobierno.	4	4	3	4	4	3	3	3	2	2	3,20
97 GER10	1. La institución cuenta con un reglamento interno institucional donde se definen las principales reglas de comportamiento de los integrantes de la institución.	Fortalecer los mecanismos de dialogo con grupos de interés	1. reglamento interno institucional donde se definen las principales reglas de comportamiento de los integrantes de la institución.	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,40
98 GER11	1. Existe un procedimiento de elaboración de presupuesto en el cual se definen los roles y responsabilidades de los actores involucrados.	Garantizar el proceso de elaboración y ejecución del presupuesto	Documento de elaboración de presupuesto	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2,80
99 GER12	1. Se cuenta con un tablero de control donde se realiza seguimiento a los diferentes	Garantizar la implementación y evaluación del	1. Se cuenta con un tablero de control donde se realiza seguimiento a los diferentes	4	4	4	4	4	3	4	2	2	2	3,30
100 GER13	1. Se Tiene definido proyecto de manual de supervisión e	Garantizar que los servicios	La oficina de contratación tiene definidos los soportes	4	4	4	4	3	4	4	2	2	2	3,30
101 GER14	Se cuenta con oficina de GESTION ACADEMICA que realiza de	Fortalecer el proceso de	Informe de implementación requisitos de Hospital	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,40
102 GER15	Continuar con la implementación del PAMEC teniendo en cuenta la	PAMEC 2015- Informes de	PAMEC 2013- Informes de seguimiento al cumplimiento	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,40

PROMEDIO ESTANDAR	3.01
ESTANDARES EVALUADOS	15
ESTANDARES NO EVALUADOS	
SUMA DE EVALUADOS	15

ANEXO NUMERO 4



Construyendo Camino a la Excelencia

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA

NOMB: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
 NOMBRE RESPONSABLE: NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER. CODIGO DE HABILIT: 150010010101
 CARGO RESPONSABLE: LIDER ACREDITACIÓN - PAMEC VIGENCIA PLAN DE MEJOR: 01/01/2015 A 31/12/2015
 FECHA DE ELABORACIÓN: 31.12.2015.

ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
				SISTEMICO	PROGACTIVO	EVALLADO Y MEJORAD	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	
103 TH1	Se cuenta con mecanismos de fortalecimiento de escucha y proceso de respuesta a las	Continuar con el proceso de escucha y respuesta a las	Procedimiento de comunicación interna y elaboración del plan de medios y comunicaciones.	4	4	4	4	3	3	3	3	2	1	3,10
104 TH2	Se cuenta con un proceso de planeación cualitativo de talento humano	Continuar con la implementación de los proyectos definidos y aprobados para fortalecer la tecnología.	Plan de desarrollo- Informe de cumplimiento del POA- plan indicativo. Estudio de mercado.	4	4	4	3	3	4	2	2	3	2	3,10
105 TH3	Se cuenta con un proceso implementado de planeación	Monitorizar el procedimiento de asignación del Talento humano que corresponde.	Informe diagnóstico. Informe de cumplimiento del POA- plan de desarrollo 2013-2016.	4	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2,50
106 TH4	Se cuenta desde del plan de desarrollo con un plan de	Desarrollar estrategias para verificar las competencias de los servicios contratados.	Plan de capacitación aprobado, Plan de gestión integral del talento humano, informe de plan operativo.	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	2,70
107 TH5	Se realiza verificación de títulos con las entidades de	Desplegar estrategias con las instituciones de formación en convenio para identificar todas	Formato de VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y HABILITACION cod: Código: SAF-TH-F-45.	4	4	3	3	3	2	3	3	2	1	2,80
108 TH6	Se cuenta con plataforma de educación virtual como apoyo a los	Fortalecer el proceso de inducción en el puesto de trabajo	Listado de inscritos a los cursos- certificados de aprobación.	4	4	4	3	4	4	3	2	2	1	3,10
109 TH7	Se realiza evaluación del desempeño al personal	Monitorizar la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento	Registro de evaluación de desempeño y planes de mejora.	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	2,70
110 TH8	Se cuenta desde el direccionamiento	Fortalecer los procesos de evaluación de competencia con otras	Plan de desarrollo- Informe de cumplimiento del POA- plan indicativo.	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	3,30
111 TH9	Se cuenta con manual de medios de comunicación evaluado	Fortalecer estrategias para mejorar la comunicación entre unidades funcionales.	Manual de medios- encuesta de medios de comunicación- procedimiento de comunicación interna.	4	4	4	4	3	4	3	3	2	1	3,20
112 TH10	Se cuenta con instrumento de medición de	Definir e implementar estrategias para impactar en la transformación	Encuesta de cultura organizacional- informe de tabulación de resultados	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2,80
113 TH11	Se cuenta con proceso de implementación	Fortalecer procesos de contribuyentes con el mantenimiento y	Informe cumplimiento del POA- plan de desarrollo- plan de acción OHSAS, informe de	4	4	4	4	4	3	2	2	2	1	3,00
114 TH12	Se cuenta con un proceso que se desarrolla cada dos años en cuanto a la	Continuar con la medición de clima laboral respondiendo a las necesidades identificadas.	Informe de clima laboral y medidas de intervención- procedimiento de medición clima laboral- convenio UPTC encuestas de medición de	4	4	4	4	3	3	2	2	2	1	2,90
115 TH13	Se cuenta con procesos estandarizados para planeación,	Diseñar proceso de planeación, formalización, implementación,	Se cuenta con autoevaluación del proceso docencia-servicio según el marco legal vigente	4	4	3	3	3	2	1	1	1	1	2,30
116 TH14	Se cuenta con 8 convenios docente	Diseña, evaluar e implementar proceso de supervisión, asesoría,	convenios docencia -servicio- plan de delegación progresiva-	4	3	3	3	2	2	1	1	1	1	2,10
117 TH15	Se cuenta con Autoevaluación relación docencia	Establecer el número de personas en prácticas formativas por usuario,	Autoevaluación . convenios- programación academica- informe de	3	3	3	3	3	2	1	2	1	1	2,20
118 THMCC	Se cuenta con documento	Garantizar el compromiso de cada proceso	PAMEC 2014- Informes de seguimiento al cumplimiento	3	3	3	3	3	2	1	2	1	1	2,20
PROMEDIO ESTANDAR													2,75	

ANEXO NUMERO 5



Construyendo Camino a la Excelencia

NOMBRE RESPONSABLE:
CARGO RESPONSABLE:

NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER
LIDER ACREDITACIÓN- PAMEC

VIGENCIA PLAN DE MEJORAMIE 01/01/2015 A 31/12/2015
FECHA DE ELABORACIÓN: 31.12.2015.

ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
				SISTEMICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	
119 - GAF1	Dentro de la planeación institucional se cuenta con una estrategia	Fortalecer la respuesta ante las emergencias y desastres internos y	Realizar campaña para la humanización del ambiente físico,	4	4	4	4	3	4	4	3	3	2	3,50
120 - GAF2	Se desarrollan estrategias preventivas mediante rondas de infecciones,	Fortalecer los procesos en seguridad hospitalaria	Analizar la viabilidad de implementar dispositivo(luminometr	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,70
121 - GAF3	Se cuenta con política de gestión ambiental. Desde la planeación	Fortalecer los procesos de gestión ambiental responsable y evaluar el	Política de gestión ambiental Resolución 242 de 2014 .	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,50
122 - GAF4	Se cuenta en proceso de implementación de la	Revisar los controles existentes sobre reciclaje	Informe de auditoría externo,	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1,90
123 - GAF5	Se cuenta con plan de emergencias actualizado v. aprobado por el ente	Definir estrategias para socializar y evaluar el plan de emergencias.	Plan de emergencias aprobado, certificado de aprobación del plan de	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3,60
124 - GAF6	En el plan de emergencias están documentado las	Garantizar la evacuación y reubicación de usuarios cuando ocurran	Informe áreas de expansión. Plan de emergencias consensio	4	4	4	4	3	4	3	4	2	2	3,40
125 - GAF7	Se cuenta con procedimiento para búsqueda de narietes.	Establecer mecanismos de identificación de los usuarios para evitar las	Procedimiento aprobado- contrato empresa de vigilancia.	4	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2,50
126 - GAF8	Se cuenta con diagnóstico de condiciones de salud de los empleados para	Implementar estrategias para promover la política de no fumar	Historia laboral de los trabajadores- indicadores de	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2,70
127 - GAF9	Se cuenta con mecanismos para reportar las condiciones	Remodelación de los espacios acordes con la normatividad v en busca	Promover actividades tendientes a mejorar el ambiente físico.	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	3,30
128 - GAF10	Se cuenta con plan de contingencia para narietes las	Garantizar el cumplimiento del plan de contingencia	Plan de contingencia- contratos de	4	4	4	4	3	2	3	3	2	2	3,10
129 - GAFMCC1	Se cuenta con documento PAMEC que consolida todos planes de mejora	Garantizar el compromiso de cada proceso institucional con la	PAMEC 2014- Informes de seguimiento al cumplimiento de los	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2,60

PROMEDIO ESTANDAR 3.07

ESTANDARES EVALUADOS 11
ESTANDARES NO EVALUADOS 0
SUMA DE EVALUADOS 11

ANEXO NUMERO 6



Construyendo Camino a la Excelencia

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA

NOMB
NOMBRE RESPONSABLE:
CARGO RESPONSABLE:

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER
LIDER ACREDITACIÓN PAMEC.

CODIGO DE HABIL 150010010101
VIGENCIA PLAN DE MEJ 01/01/2015 A 31/12/2015
FECHA DE ELABORACIÓN 31.12.2015.

ESTANDAR DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
				SISTEMÁTICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGO DE LA INSTRUC	DESPLIEGO AL CUENTE INTERNO Y EXTERNO	PERMANENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	
130 GT1	Se cuenta con un plan de desarrollo que define un objetivo asociado a contar con la tecnología adecuada mediante la implementación del proyecto de renovación de la tecnología, priorizado según los criterios de reposición establecidos (vida útil, mantenimientos correctivos, disponibilidad de repuestos y concepto clínico). Se evalúa de manera trimestral por la oficina de control interno.	Fortalecer el proceso de gestión de la tecnología.	Plan indicativo- proyecto de renovación de tecnología. Acuerdo 04 de 2013 . Resolución 195 de 2013 (proyecto de renovación tecnológica). Plan de reposición priorizado y aprobado.	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,50
131 GT2	Se cuenta con una Política organizacional dentro del plan de desarrollo definida: Contar con la tecnología adecuada, amigable con el medio ambiente que contribuya en la integralidad de la atención y la gestión administrativa. Se cuenta con resolución 231 y 288 de 2013 definida para la organización y manejo de los comités institucionales con su respectivo seguimiento de manera	Realizar la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología	Publicación de política en pagina WEB, plan de desarrollo. Plan indicativo- proyecto de renovación de tecnología. Acuerdo 04 de 2013 . Resolución 195 de 2013 (proyecto de renovación tecnológica). Plan de reposición priorizado y aprobado Resolución de conformación de macrocomités. Informe trimestral de cumplimiento de	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3,50
132 GT3	Se cuenta con un plan de capacitación implementado en todos los servicios y evaluados mediante el indicador de mantenimientos correctivos asociados al mal uso de la tecnología. Se actualizó metodología para levantar los mapas de riesgos del proceso de ingeniería biomédica y farmacia, con los principales riesgos identificados valorados y evaluados con sus controles y el respectivo plan de intervención para mitigar el riesgo. Se cuenta con resolución 231 y 288 de 2013 definida para la organización y manejo de los comités institucionales con	Fortalecer la toma de conciencia sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.	Plan de capacitación y cronogramas de registro- indicador. Mapa de riesgos biomédica- Informe auditoría control interno. Programa de seguridad del paciente, MANUAL DEL SISTEMA DE REPORTE Y GESTION DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCION EN SALUD, Cod: OADS-CA-M-09-procedimiento REPORTE Y GESTIÓN DE EVENTOS (ATENCIÓN INSEGURA) RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Cod: OADS-CA-PR-17 Matriz de seguridad del paciente CODIGO: OADS-CA-F-75.	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3,40
133 GT4	Se cuenta con políticas para funcionamiento, monitorización, control e incorporación de tecnología	Garantizar la monitorización de la tecnología	Política aprobada-caracterización del proceso- procedimientos de ingeniería biomédica	4	4	4	3	3	3	3	3	2	1	3,00
134 GT5	Se tienen definido en el direccionamiento estratégico una política institucional que incluye lo relacionado con renovación de tecnología, cuyas metas se evalúan por la oficina de control interno con una periodicidad trimestral según resolución Se cuenta con plan de priorización y renovación de la tecnología	Fortalecer el proceso de mantenimiento de equipos biomédicos.	Plan de desarrollo. Plan indicativo anual- Informe de cumplimiento de los POA. Acuerdo 04 de 2013 . Resolución 195 de 2013 (proyecto de renovación tecnológica). Plan de reposición priorizado y aprobado.	4	4	4	4	3	3	3	3	2	1	3,10
135 GT6	Se tienen definido en el direccionamiento estratégico una política institucional que incluye lo relacionado con renovación de tecnología, cuyas metas se evalúan por la	Fortalecer la adquisición y reposición de nuevas tecnologías	Plan de desarrollo. Plan indicativo anual- Informe de cumplimiento de los POA. Acuerdo 04 de 2013 . Resolución 195	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2,70
138 GT9	Se cuenta con las guías y protocolos clínicos para prestar los servicios de laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación,	Garantizar que en las guías y protocolos de manejo en los servicios de laboratorio	Listado maestro de documentos.	4	4	4	3	3	3	3	2	2	1	2,90
139 GTMC C1	PAMEC 2014- Informes de seguimiento al cumplimiento de los POA PAMEC 2014- Informes de seguimiento al cumplimiento de los POA	Continuar con la implementación del PAMEC teniendo en cuenta la ruta crítica hasta lograr	Documento PAMEC 2014-2015. Documento POA 2014-2015.	4	3	4	3	3	3	3	3	2	1	2,90

PROMEDIO ESTANDAR 3,13

ESTANDARES EVALUADOS 8
ESTANDARES NO EVALUADOS 2
SUMA DE EVALUADOS 8

ANEXO NUMERO 7



Construyendo Camino a la Excelencia

**DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA**

NOM
NOMBRE RESPONSABLE:
CARGO RESPONSABLE:

**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER
LIDER ACREDITACIÓN - PAMEC**

CODIGO DE HABIL 150010010101
VIGENCIA PLAN DE ME 01/01/2015 A 31/12/2015
FECHA DE ELABORACIÓN 31.12.2015

ESTANDAR DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL		
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS							
				SISTEMICO	PROGATIVO	EVALUATIVO Y MEDICION	DESARROLLO EN LA MEDICION	DESARROLLO EN EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION			
140-GI1	Se diseñó e implementó el proyecto ESERCA en la fase I, dando respuesta a las necesidades de información de los procesos administrativos y financieros de la institución. Se cuenta con	Implementar herramientas para identificar, dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de la información del usuario y su familia antes de su ingreso a la institución, durante su	Documento RFP () Documento del Proceso, Encuestas, Registros diarios de la información entregada al	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3,70
141-GI2	Se cuenta con una herramienta para identificación de necesidades de información entre procesos.	Implementar y evaluar el plan de gerencia de la información. (Proyecto de Sistemas de Información)	Formato RUMI y de partes interesadas. Para poder capturar información necesidades de información. Documento del Proyecto	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3,60	
142-GI3	Se realiza auditoría de calidad del diligenciamiento de la historia clínica, en forma anual; se formula plan de mejoramiento y se retroalimenta los hallazgos con las coordinaciones y	Garantizar el sistema de información para la administración, control y seguimiento integral de los Sistemas de Gestión de calidad, permitiendo cumplir con los componentes del	Informe de indicadores. Actas de socialización.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	3,30	
143-GI4	Se cuenta con un proceso de contratación que incluye: - Evaluar el costo beneficio	Aplicar la metodología para adopción de tecnologías de información y	Documentar procedimiento para la adopción de tecnologías de información y conexiones Tablas de Retención Documental implementadas en las diferentes UPD	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	2	3,30	
144-GI5	Se cuenta con el programa de Gestión Documental implementado; que permite el almacenamiento de los documentos que corresponden a archivos de gestión, central e histórico, debidamente organizados.	Definir e implementar mecanismos institucionales para la producción, acceso, manejo, almacenamiento, seguridad, conservación, confiabilidad, confidencialidad de la información, garantizando el	Instalaciones físicas y mobiliarios dispuesto para archivos central e histórico. Centro de Cómputo en funcionamiento.	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3,20	
145-GI6	Se cuenta con un sistema de información (SERVINTE) para las áreas administrativas y financieras, que permite disponer de la información	Implementar y evaluar el mecanismo para transmisión de datos e información.	sistema de información (SERVINTE) en funcionamiento. Servidor en funcionamiento.	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3,10	
146-GI7	Se cuenta con un sistema de información (SERVINTE) para las áreas administrativas y	Definir los procedimientos de minería de datos.	sistema de información (SERVINTE) en funcionamiento.	4	4	3	4	3	3	3	3	3	2	2	3,10	
147-GI8	Se consolida de forma sistemática, se realiza análisis y seguimiento a indicadores de: - Resolución 710 - Decreto 2193 - Circular Única - Convenio 0306	Sistema de Información para la administración, control y seguimiento integral de los Sistemas de Gestión de calidad, permitiendo cumplir con los componentes del SOGCS y los estándares de gestión, habilitando	Reorganizar el tablero institucional de indicadores con el fin integrar la información esencial y administrativa y garantizar un seguimiento sistemático.	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	1	3,20	
148-GI9	Desde hace 3 años se viene adelantando auditoría sistemática de la historia clínica, evaluando calidad de los registros y adherencia a guías de manejo.	Confiar con guías transversales, basadas en la evidencia, socializadas e implementadas. Definir el esquema del proceso de transición a	Realizar la medición de la adherencia a guías de manejo de las 10 primeras causas de egreso hospitalario. Revisión y unificación de la historia clínica reportadas por	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	3,30	
149-GI10	Se cuenta con un plan de contingencia documentado, implementado y probado que le ha permitido al hospital garantizar la protección de la	Diseñar e implementar un plan de contingencia integrado para garantizar el normal funcionamiento de los procesos institucionales	Documentar plan de contingencia para el proceso de admisiones cuando se presenten caídas en el sistema.	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	1	3,00	
150-GI11	Se establecerá acciones de mejoramiento una vez se implemente la sistematización	Identificar e incorporar en la HC sistematizada los acrónimos utilizados en el		4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2,70	
151-GI12	Se consolida de forma sistemática, se realiza análisis y seguimiento a indicadores de: - Resolución 710 - Decreto 2193	Garantizar la implementación de mecanismos que permitan mantener un sistema de monitoreo permanente con la referenciación externa para tener líneas de base de	Actas de Comités de Cartera Informes de Cartera Estados de Cartera Informes trimestrales	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	1	3,30	
152-GI13	Se cuenta con una oficina de Comunicaciones y Publicidad, con personal dedicado a la recolección y transmisión de la	Implementar y evaluar el plan de capacitación institucional	Plan de medios Encuestas Informe de encuestas de percepción. Documento del Proceso.	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2,60	
153-GIM	Se cuenta con el programa PAMEC	Continuar con la implementación del PAMEC teniendo en cuenta la ruta	PAMEC 2015, INFOMRE PAMEC 2015	4	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2,50	

PROMEDIO ESTANDAR 3,14

ESTANDARES EVALUADOS 11

ESTANDARES NO EVALUADOS 0

SUMA DE EVALUADOS 14

ANEXO NUMERO 8



Construyendo Camino a la Excelencia

DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS

MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN SUA

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
 NOMBRE RESPONSABLE: NIDIA ESPERANZA VARGAS MALAVER
 CARGO RESPONSABLE: LIDER ACREDITACIÓN- PAMEC.

CODIGO DE HABILITACIÓN: 150010010101
 VIGENCIA PLAN DE MEJORA: 01/01/2015 A 31/12/2015
 FECHA DE ELABORACIÓN: 31.12.2015.

ESTANDAR: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN										TOTAL	
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS						
				SISTEMICO	PROACTIVO	EVALUADO Y MEJORADO	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN		
154 MCC1	Se cuenta con documento PAMEC con énfasis en acreditación, que es monitoreada de manera mensual y esta articulado con la planeación institucional. Se cuenta con la planeación en acreditación tanto en	Garantizar procesos de mejora producto de la implementación de procesos de referenciación internos y externos	Documento PAMEC-Informe de cumplimiento POA, Informe de cumplimiento resolución 743 de 2013- acta de reunión y compromisos- conformación de equipos e integrantes- informes de cumplimiento de	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3,60
155 MCC2	Se cuenta con autoevaluaciones de acreditación por oportunidades de mejora priorizadas mediante la metodología de riesgo, costo y volumen del ministerio de la	Fortalecer el proceso de acreditación institucional basado en la transformación cultural	Autoevaluación y priorización por oportunidades de mejora, planes de mejora aprobados- informe de cumplimiento PAMEC. Y POA.	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3,30	
156 MCC3	Se cuenta con una evaluación a los procesos de la entidad por una firma externa (revisoría fiscal) quien realiza auditorías y seguimiento a indicadores, análisis de actividades	Generar una estrategia para la evaluación, seguimiento, mejoramiento y autoevaluación del enfoque del riesgo institucional	Informe de auditoría de revisoría fiscal- Programa anual de auditorías- mapas de riesgo por proceso. Informe auditoría interna control interno. Hoja de ruta de paciente	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3,60	
157 MCC4	Se cuenta con oficina de comunicaciones y publicidad para el despliegue de las estrategias adoptadas en la institución. Durante el año 2013 se organizo la semana de la acreditación	Socializar resultados obtenidos del proceso de mejoramiento de la calidad	Semana de acreditación Inducción y reinducción, concurso acreditación (2013), premiación a los participantes- informe de rendición de cuentas publicado en pagina web- manual de rendición de cuentas.-	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2,90	
158 MCC5	Se cuenta con estrategias para el control y monitoreo	Monitorear los avances y cumplimiento de	informes de seguimiento PAMEC trimestrales	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2,90	

PROMEDIO ESTANDAR 3,26

ESTANDARES EVALUADOS 5
 ESTANDARES NO EVALUADOS 0
 SUMA DE EVALUADOS 5
 2
 3
 4
 5
 N/A

ANEXO NUMERO 9



Construyendo Camino a la Excelencia

OACI - 110.2.4 - 079

Tunja, 27 de Octubre de 2015

Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Ciudad

Ref. Informe de seguimiento a las acciones de mejora suscritas en los planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos.

A continuación me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO

Evaluar el avance y nivel de cumplimiento en las acciones y metas suscritas en los planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos que aplican hasta el 20 de octubre de 2015.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

El presente informe tiene alcance sobre todos los Planes, verificando el cumplimiento de las acciones, así como de los productos y alcance esperado para cada una. Señalar que todo lo expuesto en el informe se realiza sobre la base de la información suministrada por los responsables de implementar las mejoras suscritas y sobre las evidencias o registros en las diferentes fuentes utilizadas como mecanismos de información.

- Verificación sobre cumplimiento de las acciones de mejora suscritas en los planes de mejoramiento vs. términos estipulados.
- Revisión de series documentales, tablas de retención documental, procedimientos avalados por la oficina de calidad y demás evidencias.
- Exponer sugerencias y/o recomendaciones encaminadas al mejoramiento y cumplimiento de los planes suscritos evitando amonestaciones y/o sanciones por parte de los entes de control.

PROCESOS INVOLUCRADOS

Subgerencia administrativa y financiera, subgerencia de servicios de salud, desarrollo de servicios, calidad, SIAU, tesorería, talento humano, jurídica, consulta externa, clínica de heridas, urgencias, farmacia, contratación, gestión documental, contabilidad, presupuesto, costos, cartera, gestión académica, gestión ambiental, sistemas, almacén, biomédica, mantenimiento, facturación, programa B24.

METODOLOGÍA

Preparar papeles de trabajo, recolectar información en las fuentes adecuadas, tabular información, analizar información y plantear recomendaciones.



SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Ley 87 de 1993
- ✓ Resolución Orgánica 6289 de 2011 - Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – “SIRECI”
- ✓ Resolución 6439 de 2011 que aclara el artículo 44 de la Resolución Orgánica 6289 de 2011
- ✓ Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República – Rendición de cuentas
- ✓ Resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación
- ✓ MECI 1000:2005
- ✓ Decreto 943 de 2014
- ✓ Plan de Desarrollo 2013 – 2016.
- ✓ Tablas de retención documental del proceso
- ✓ Procedimientos aprobados por la entidad

RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO DE ACCIONES SUSCRITAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL POR PROCESOS.

De acuerdo a la consolidación de la información realizada en la matriz de seguimiento planes de mejoramiento institucional y funcional por procesos, durante la vigencia 2015 se han consolidado 20 planes de mejoramiento como resultado de los informes de auditoría presentados por revisoría fiscal y control interno. Por lo anterior expuesto, este ente de control realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones suscritas en los mismos de acuerdo a los términos estipulados, en donde se pudo establecer que el promedio de promedio de cumplimiento corresponde al 83%, con los siguientes avances:

No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE HALLAZGO/ NO CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO 2	% AVANCE
1	SIAU	CONTROL INTERNO	2015/12/31	3 acciones suscritas: 2 cumplen y 1 cumple parcialmente.	79%
2	TESORERIA	CONTROL INTERNO	2015/12/31	7 acciones suscritas: 6 cumplen y 1 cumple parcialmente.	94%
3	TALENTO HUMANO	CONTROL INTERNO	2015/08/15	2 acciones suscritas: Las 2 acciones suscritas cumplen.	100%
4	GESTION JURIDICA	CONTROL INTERNO	2015/09/30	3 acciones suscritas: Las 3 cumplen parcialmente.	65%
5	CONSULTA EXTERNA	CONTROL INTERNO	2015/12/31	2 acciones suscritas: Las 2 acciones suscritas se cumplieron a través del desarrollo de 7 estrategias.	94%
6	CLINICA DE HERIDAS	CONTROL INTERNO	2015/12/31	2 acciones suscritas: Las 2 acciones suscritas se desarrollan a través del desarrollo de 4 estrategias (2 cumplen, 1 cumple parcialmente y 1 se encuentra en términos de cumplimiento).	87%
7	URGENCIAS	CONTROL INTERNO	2015/08/30	2 acciones suscritas: 1 cumple y 1 no se ha realizado.	50%
8	FARMACIA	CONTROL INTERNO/ REVISORIA FISCAL	2015/12/31	7 acciones suscritas: 5 cumplen, 2 no cumplen.	71%
9	CONTRATACION	REVISORIA FISCAL	2015/12/31	19 acciones suscritas: 12 cumplen, 2 no cumplen, 3 cumplen parcialmente, 1 pendiente por verificar y 1 se encuentra en	82%
10	GESTION DOCUMENTAL	REVISORIA FISCAL	2015/12/31	10 acciones suscritas: 5 cumplen, 5 cumplen parcialmente.	82%



11	CONTABILIDAD	CONTROL INTERNO / REVISORIA FISCAL	2015/12/31	17 acciones suscritas: En cierre trimestral, consolidación de Estados Financieros.	N/A
12	PRESUPUESTO Y COSTOS	CONTROL INTERNO	2015/12/31	6 acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente, 1 no cumple y 1 se encuentra en términos de cumplimiento.	58%
13	CARTERA	CONTROL INTERNO	2015/12/31	2 acciones suscritas: Se encuentran en términos de cumplimiento.	N/A
14	FACTURACION	CONTROL INTERNO	2015/12/31	6 acciones suscritas: Se encuentran en términos de cumplimiento.	N/A
15	ALMACEN	CONTROL INTERNO	2015/12/31	7 acciones suscritas: 2 cumplen, 2 cumplen parcialmente y 3 se encuentran en términos de cumplimiento.	88%
16	PROGRAMA B24	CONTROL INTERNO	2015/11/30	9 acciones suscritas: 4 cumplen, 4 cumplen parcialmente y 1 se encuentra en términos de cumplimiento.	51%
17	NORMOGRAMA	CONTROL INTERNO	2015/09/30	2 acciones suscritas: Las 2 acciones suscritas cumplen.	95%
18	PAMEC	CONTROL INTERNO	2015/09/30	3 acciones suscritas: 2 cumplen, 1 cumple parcialmente.	90%
19	TALENTO HUMANO	REVISORIA FISCAL	2015/12/31	6 acciones suscritas: 3 cumplen, 3 cumplen parcialmente.	86%
20	SISTEMAS - GEL	CONTROL INTERNO	2015/12/31	6 acciones suscritas: 2 cumplen, 4 se encuentran en términos de cumplimiento.	100%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO					83%

CONSOLIDACION MATRIZ DE PLANES DE MEJORAMIENTO 2015 (INSTITUCIONAL- POR PROCESOS)							
No.	P.M. PROCESO RESPONSABLE	HALLAZGOS Y/O RECOMENDACIONES	ACCIONES	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	EN TERMINOS Y/O PDTE SU VERIFICACION
1	SIAU	3	3	2	1	-	-
2	TESORERIA	7	7	6	1	-	-
3	TH. EVAL DE DESEMPEÑO	2	2	2	-	-	-
4	GESTION JURIDICA	3	3	-	3	-	-
5	CONSULTA EXTERNA	2	7	6	1	-	-
6	CLINICA DE HERIDAS	2	4	2	1	-	1
7	URGENCIAS	2	2	1	-	1	-
8	FARMACIA	7	7	5	-	2	-
9	CONTRATAACION	19	19	12	3	2	2
10	GESTION DOCUMENTAL	8	10	5	5	-	-
11	CONTABILIDAD	17	17	-	-	-	17
12	PRESUPUESTO Y COSTOS	6	6	2	2	1	1
13	CARTERA	2	2	-	-	-	2
14	FACTURACION	6	6	-	-	-	6
15	ALMACEN	7	7	2	2	-	3
16	PROGRAMA B24	9	9	4	4	-	1
17	NORMOGRAMA	1	2	2	-	-	-
18	PAMEC	3	3	2	1	-	-
19	TALENTO HUMANO	5	6	3	3	-	-
20	SISTEMAS / GEL	3	6	2	-	-	4
TOTAL		114	128	58	27	6	37



Como se puede apreciar en la anterior tabla, de un total de 20 planes de mejoramiento a 17 (Diecisiete) de estos se le realizó seguimiento y evaluación en donde se evidencia, que de 128 acciones suscritas en los mismos, se han cumplido 58, cumplen parcialmente 27, seis (6) no se han cumplido y 37 se encuentran en términos de cumplimiento y/o pendientes de verificación, al momento de la auditoría realizada.

De otra parte, de los 3 planes de mejoramiento a los que no se les realizó seguimiento corresponden a: facturación y cartera no se le determinaron niveles de avance debido a que las acciones de mejora contenidas en estos se encuentran en ejecución, para el cumplimiento posterior a la fecha de la auditoría realizada y al plan de mejoramiento de contabilidad que adelanta análisis, verificación y conciliación de la información reportada por los procesos intervinientes en el proceso contable por cierre trimestral para consolidación de estados financieros (**aparecen como N/A**). Se recomienda a estos procesos y a los demás que realicen verificación continúa de los planes, con el fin de garantizar su cumplimiento al final de la vigencia y/o cuando se tenga previsto su cierre. (Ver archivo adjunto matriz Planes de mejoramiento 2015 y cuadro de consolidación).

En consecuencia, este ente de control realizó seguimiento y verificación a acciones de mejoramiento suscritas con anterioridad a la presente vigencia que aún no han llegado al 100% en su nivel de cumplimiento. De estas se tiene un promedio de cumplimiento del 64%, tal como se observa a continuación:

No. CONSECUTIVO PLAN DE MEJORA	ACCIÓN DE MEJORA PROPUESTA	PROCESO RESPONSABLE PM	FUENTE HALLAZGO/ NO. CONFORMIDAD	FECHA CIERRE	SEGUIMIENTO	% AVANCE a Octubre 20 de 2014
1	Realizar verificación del listado maestro de documentos para identificar las áreas y procedimientos en su porcentaje de actualización	Direccionamiento estratégico	REVISORIA FISCAL	2014/09/30	Se evidenció un listado maestro de documentos publicado en la red interna en: \Srvnd\Calidad_info. De un total de 364 procedimientos a la fecha se encuentra pendiente 1 por ser actualizado "Elaboración de informes mensuales enviados a la Secretaría de salud de Boyacá" del proceso de laboratorio clínico. Se observa que mediante correo electrónico se informa a los diferentes procesos de la entidad el estado actual de los mismos para realizar la actualización respectiva y se presta la asesoría en caso de que sea requerida.	99%
	Ajustar los procedimientos que se encuentran en estado vencido en formato estandarizado institucional distribuyendo por cada responsable dentro de su unidad funcional	Direccionamiento estratégico	REVISORIA FISCAL	2014/09/30	Se evidenció un listado maestro de documentos publicado en la red interna en: \Srvnd\Calidad_info. De un total de 364 procedimientos a la fecha se encuentra pendiente 1 por ser actualizado "Elaboración de informes mensuales enviados a la Secretaría de salud de Boyacá" del proceso de laboratorio clínico. Se observo mediante correo electrónico que se informa a los diferentes procesos de la entidad el estado actual de los mismos para realizar la actualización respectiva y se presta la asesoría que sea requerida en caso de presentarse.	99%
	Actualizar versión, fecha de próxima revisión, listado maestro de procesos y procedimientos y publicación en mapa operativo.	Direccionamiento estratégico	REVISORIA FISCAL	2014/09/30	Se evidenció un listado maestro de documentos publicado en la red interna en: \Srvnd\Calidad_info. De un total de 364 procedimientos a la fecha se encuentra pendiente 1 por ser actualizado "Elaboración de informes mensuales enviados a la Secretaría de salud de Boyacá" del proceso de laboratorio clínico. Mediante correo electrónico se informa a los diferentes procesos de la entidad el estado actual de los mismos para realizar la actualización respectiva y la asesoría que sea requerida en caso de presentarse.	99%
	Continuar con la autoevaluación e implementación de los planes de mejoramiento de acreditación	Direccionamiento estratégico	REVISORIA FISCAL	2014/12/31	Se evidencia que se continuo con la autoevaluación e implementación de los planes de mejoramiento de acreditación, teniendo en cuenta la metodología del Ministerio de protección social, el resultado final para la vigencia 2014 corresponde al 97,1 de cumplimiento, según informe allegado de consolidado de autoevaluaciones de acreditación PAMEC por estándar, el cual finaliza para el periodo en mención.	97%
	Realizar la gestión programada por plan de sistematización definido por oficina de sistemas a través de cronograma de actividades conciliado con Desarrollo de Servicios.	Direccionamiento estratégico	REVISORIA FISCAL	2014/12/31	Se evidenció un porcentaje de avance del 96% en las actividades establecidas dentro del plan de sistematización definido por la oficina de sistemas con corte a 30/12/2014. En la presente vigencia se viene continuando con el desarrollo de las actividades definidas dentro del plan en la etapa 3 correspondientes a la implementación de Servicio clínico auto - asistencial.	96%
2	Para el próximo inventario se rotularan los artículos de acuerdo a los códigos actualizados que aparecen en servite	Mantenimiento	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/12/31	En visita realizada a mantenimiento se observa que aún hacen falta artículos que se encuentran en el inventario general pendientes por rotular principalmente por falta de espacio para su ubicación. Pendiente finalizar la acción.	80%



3	Ajustar el software SERVITE con los requisitos exigidos por habitación para el inventario o Kardex de productos.	Laboratorio clínico	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	3/m cronograma	La entidad se encuentra en actualización de los módulos de Servite administrativos y financieros, el cual comprende el desarrollo de 3 actividades (1. Estabilización de los módulos de prueba para posterior migración a producción, 2. Elaboración de casos de prueba y validación de integración de módulos y 3. Parametrización de módulos administrativos bajo NIIF). Una vez finalicen las actividades comprendidas en dicho proceso y se logre su implementación en un 100%, es necesario que a los funcionarios a cargo se les de la respectiva capacitación para el manejo de los respectivos módulos.	70%
4	Revisar y si es el caso actualizar el procedimiento de la depuración de embargos judiciales. Se propone para la vigencia 2014 depurar el 50% de los títulos judiciales del total de 1374 títulos existentes actualmente en la institución	C.I.C. - Gestión Jurídica	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/12/31	Se evidencia que se realizó depuración de títulos judiciales y fue presentado por la oficina Jurídica informe a la Subgerencia administrativa y financiera, sin embargo, de esta gestión adelantada se encuentra pendiente realizar conciliación con contabilidad, así mismo, respecto a esta acción la oficina de tesorería de la entidad presentó solicitud al CSJ-Dirección ejecutiva seccional de administración judicial Tunja, dando respuesta el CSJ en archivo excel en el que se observa, una relación de títulos judiciales donde la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja, es demandado, demandante y beneficiario. En consecuencia, se recomienda a la administración continuar con esta acción y tomar las acciones necesarias, con el fin de que se realicen los trámites pertinentes para adelantar la depuración.	50%
	Incorporar el avalúo técnico de los bienes muebles en el módulo de activos fijos de la entidad (servite), a fin de que se vea reflejado el resultado del estudio	C.I.C. Almacén	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/07/31	Se encuentra pendiente el cumplimiento de esta acción de mejora.	0%
	Culminar el proceso de depuración de acuerdo a las directrices establecidas por el ministerio de salud y la secretaria de salud de Boyacá, una vez se obtenga el resultado final de este proceso se realizarán los ajustes contables a que haya lugar con el	C. Talento humano	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/11/30	Se observa el envío de informe a Revisoría fiscal del avance del proceso de saneamiento de aportes patronales a 30 de Junio de 2015. El MPS emitió la resolución 2231 y 3459 en las cuales se amplían los términos para el cargue de la información de recursos no saneados en la plataforma SISPRO, así mismo, la entidad realizó el cargue de dicha información en la plataforma en Septiembre de 2015 de lo cual se espera pronunciamiento por parte del MPS.	80%
5	Mejorar los tiempos de entrega de reportes de imágenes diagnósticas reforzando dichas lecturas con tiempo presencial de radiólogo disponible.	Facturación	REVISORIA FISCAL	2014/09/30	Se verificó en el área de sistemas que con la implementación del sistema Agility de un total de 4345 estudios tomados en el mes de Septiembre de 2015, 4061 se encuentran con lectura, es decir un 94%. Los 284 estudios restantes pendientes por lectura corresponden en mayor medida a estudios de Radiología (220 en total) tomados a pacientes de las unidades de hospitalización, consulta externa y urgencias, los cuales tienen la oportunidad de lectura promedio de 2.9 días.	94%
6	Diseñar e implementar en los procesos de mantenimiento, laboratorio clínico y farmacia el programa para el manejo de sustancias químicas.	Gestión ambiental	REVISORIA FISCAL	2014/06/30	Se diseño cronograma de trabajo para la presente vigencia con el objetivo de establecer métodos de manejo seguro de materiales peligrosos y sustancias químicas, en el cual se contemplan 13 actividades para finalmente implementar el programa para el manejo de sustancias químicas. Del último avance que se tiene respecto a las actividades previstas, estas se encuentra en un 46% con proyección a Diciembre de 2015.	46%
	En noviembre se armaron kit para el control de derrames los cuales se dispusieron en lugares críticos como calderas, cuartos de residuos peligrosos, laboratorio clínico, patología, taller de mantenimiento. Para el año 2014 se continuará con las capacitaciones con el objeto de retroalimentar.	Gestión ambiental	REVISORIA FISCAL	Sin fecha	Se observa el armado de 4 Kit para el control de derrames que contienen (batas, guantes, sople, monogafas, entre otros), de 6 en total, de los cuales se entregaron 2 al proceso de Farmacia, en donde se realizó socialización para garantizar su adecuado uso y se efectuó un simulacro de derrames como medida de prevención al enfrentar una situación de derrames como medida de prevención al enfrentar una situación de esa naturaleza, esta actividad se encuentra registrada en acta en el mes de Septiembre del año en curso según manifiesta el líder del proceso los demás Kit se tiene previsto sean entregados en el resto del año. Se recomienda realizar las acciones necesarias para dar cumplimiento a dicha acción.	60%
7	Solicitud a la gerencia para la implementación del módulo de inventarios que maneje fechas de vencimientos, trazabilidad de lotes y activación del aplicativo de gestión de inventarios para el manejo de máximos y mínimos en el sistema de información Servite.	Farmacia	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/12/31	La entidad se encuentra en actualización de los módulos de Servite administrativos y financieros lo cual comprende el desarrollo de 3 actividades (1. Estabilización de los módulos de prueba, para posterior migración a producción, 2. Elaboración de casos de prueba y validación de integración de módulos y 3. Parametrización de módulos administrativos bajo NIIF). Una vez finalicen las actividades comprendidas en dicho proceso y se logre su implementación en un 100%, es importante recomendar que a los funcionarios a cargo se les de la respectiva capacitación para el manejo de los respectivos módulos y se cuente con herramientas necesarias en este proceso como el código de barras, tecnologías de impresión requeridas, remarcado de productos, control de cantidades máximas y mínimas, entre otras.	70%
	Conteos aleatorios periódicamente, revisión aleatoria de la distribución de medicamentos y del cargue de los mismos, implementación para elementos de consumo del código de barras, revisión aleatoria del cargue de elementos de consumo a los diferentes servicios. Presentar informe a gerencia de justificación de sobrantes y faltantes.	Farmacia	C. INTERNO - REVISORIA FISCAL	2014/12/31	Respecto a esta acción se encuentra pendiente la implementación del código de barras, las demás se vienen realizando.	80%



8	Continuar con la ejecución Plan de trabajo sistemas de información.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un porcentaje de avance del 96% en las actividades establecidas dentro del plan de sistematización definido por la oficina de sistemas con corte a 30/12/2014; de otra parte, para la vigencia 2015, se vienen desarrollando las actividades pendientes definidas en la etapa 3 correspondientes a la implementación de Servite clínica suite - asistencial.	96%
	Continuar con el Plan de revisión y actualización de los procedimientos y que sea acorde con los cambios en las operaciones de la entidad.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un listado maestro de documentos publicado en la red interna en: \Servid\calidad_info. De un total de 394 procedimientos a la fecha se encuentra pendiente 1 por ser actualizado "Elaboración de informes mensuales enviados a la Secretaría de salud de Boyacá" del proceso de laboratorio clínico.	99%
	Continuar con la ejecución Plan de trabajo sistemas de información.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un porcentaje de avance del 96% en las actividades establecidas dentro del plan de sistematización definido por la oficina de sistemas con corte a 30/12/2014. En la presente vigencia se vienen desarrollando las actividades pendientes definidas en la etapa 3 correspondientes a la implementación de Servite clínica suite - asistencial.	96%
	Se recomienda tomar acciones para guardar copias de seguridad en un sitio externo al hospital.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Pendiente finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	50%
	Continuar con la ejecución Plan de trabajo sistemas de información.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un porcentaje de avance del 96% en las actividades establecidas dentro del plan de sistematización definido por la oficina de sistemas con corte a 30/12/2014. En la presente vigencia se vienen desarrollando las actividades pendientes definidas en la etapa 3 correspondientes a la implementación de Servite clínica suite - asistencial.	96%
9	Implementación de acciones necesarias con el fin de culminar con este proceso. Definiendo cronograma de actividades para adelantar el proyecto de sistematización.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un porcentaje de avance del 96% en las actividades establecidas dentro del plan de sistematización definido por la oficina de sistemas con corte a 30/12/2014. En la presente vigencia se vienen desarrollando las actividades pendientes definidas en la etapa 3 correspondientes a la implementación de Servite clínica suite - asistencial.	96%
	Las copias de seguridad son guardadas en el hospital, se recomienda tomar acciones para guardarlas en un sitio externo al hospital.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Pendiente finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	50%
	Revisar y actualizar procedimientos, especialmente en el área fiscal, incluyendo los formatos que se utilizan; así mismo verificar si existen actividades sin documentar.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se evidenció un listado maestro de documentos publicado en la red interna en: \Servid\calidad_info. De un total de 394 procedimientos a la fecha se encuentra pendiente 1 por ser actualizado "Elaboración de informes mensuales enviados a la Secretaría de salud de Boyacá" del proceso de laboratorio clínico. Mediante correo electrónico se informa a los diferentes procesos de la entidad el estado actual de los mismos para realizar la actualización respectiva y la asesoría que sea requerida en caso de presentarse.	99%
	Continuar con el desarrollo de la estrategia GEL.	Direccionamiento estratégico	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Teniendo en cuenta que con la entrada en vigencia del Decreto 2573 de Diciembre de 2014 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea, se reglamenta parcialmente la ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones" es necesario recomendar se revise esta acción y se articule con el Plan de acción y con la matriz GEL diseñada en la presente vigencia con los recursos y lineamientos presentados en el Manual GEL, de tal forma que se garantice el desarrollo de la estrategia.	N/A
10	Dar cumplimiento a las observaciones consignadas en el plan de mejoramiento sugerido por la Procuraduría General de la Nación.	Gestión Jurídica	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se dio capacitación a los miembros directivos del comité de conciliaciones sobre: Mecanismos alternativos de solución de conflictos. Marco legal y jurisprudencial de la conciliación prejudicial. Definición de política y alcances de la política de prevención del daño antijudicial. Funciones a cargo de los miembros del comité de conciliaciones y defensa judicial. Se elaboró cartilla de orientación del daño antijudicial. Se encuentra pendiente realizar el diplomado y/o curso en conciliación administrativa y prevención del daño antijudicial.	60%
	Contratación de personal de apoyo a la gestión de la oficina jurídica para la organización del archivo de conformidad con las políticas institucionales de gestión documental.	Gestión Jurídica	CONTROL INTERNO	2014/12/31	Se observa que se viene adelantando la organización del archivo de la oficina jurídica; fue realizada TDP a Gestión Documental. Se recomienda finalizar esta acción a efectos de consolidar un informe total de procesos judiciales y del archivo que reposa en la oficina actualizado que brinde al hospital confiabilidad y certeza sobre su actividad judicial.	70%
11	Evaluación de conocimientos en la guía de infarto agudo de miocardio con elevación del ST dirigida a los médicos de urgencias, internistas del servicio	Urgencias - Historias clínicas	OTROS	2014/05/09	Pendiente finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	30%

12	Acciones de mejora definidas en el plan de mejoramiento suscrito por el área	Contratación	REVISORIA FISCAL	2014/12/31	Pendiente finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	94%
	Llevar el 100% de control en la asignación y recepción de activos, en terminación o	Contratación	CONTROL INTERNO	en adelante	Se encuentra pendiente el cumplimiento de esta acción de mejora.	30%
	Revisar lista de chequeo, al momento de archivar los documentos exigidos en la invitación, con el fin de garantizar que todas las carpetas cuenten	Contratación	CONTROL INTERNO	Permanente	Se encuentra pendiente el cumplimiento de esta acción de mejora.	0%
	Adoptar mediante acto administrativo para cada vigencia el PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, estipulado en artículo 7° de la Resolución 5185 del 14 diciembre de 2013.	Contratación	CONTROL INTERNO	Anual	Se verifica la acción, no se evidencia procedimiento para la realización del comité de compras y adquisiciones, se observa en una carpeta allegada a este ente de control por el interventor de contratación un modificatorio a la resolución 259 de 2014, al verificar en la pag web de la entidad no se encuentra publicada, así mismo, no se encuentran los pasos o etapas que se deben cumplir para la realización de dicho plan, por lo que se recomienda realizar las acciones necesarias, con el fin de terminar la acción de mejora.	30%
	Acto administrativo en el cual se evidencie la delegación de la contratación hacia el comité de contratación	Contratación	CONTROL INTERNO	Inmediato	Se encuentra pendiente el cumplimiento de esta acción de mejora.	0%
13	Hacer verificación con almacén, sistemas y laboratorio de Hospital	Gestión académica	CONTROL INTERNO	2014/10/30	Pendiente finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	50%
	Elaborar reglamentos de CDS para con las IE que está vencido	Gestión académica	CONTROL INTERNO	2014/12/05	se recomienda se tomen las medidas necesarias con el fin de finalizar la acción de mejora. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado.	63%
14	Centrar la atención en el usuario en los niveles de usabilidad conforme a los lineamientos y metodologías en usabilidad.	Sistemas - GEL	CONTROL INTERNO	2014/10/30	Teniendo en cuenta que con la entrada en vigencia del Decreto 2573 de Diciembre de 2014 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea, se reglamenta parcialmente la ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones" es necesario se revale esta acción y se articule con el Plan de acción y con la matriz GEL, diseñada en la presente vigencia con los recursos y lineamientos presentados en el Manual GEL, de tal forma que se garantice el desarrollo de la estrategia.	N/A
	Continuar con el mejoramiento en la publicación de la información.	Sistemas - GEL	CONTROL INTERNO	2014/10/30	Teniendo en cuenta que con la entrada en vigencia del Decreto 2573 de Diciembre de 2014 "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea, se reglamenta parcialmente la ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones" es necesario se revale esta acción y se articule con el Plan de acción y con la matriz GEL, diseñada en la presente vigencia con los recursos y lineamientos presentados en el Manual GEL, de tal forma que se garantice el desarrollo de la estrategia.	N/A
15	Organización de historias laborales de conformidad con lo establecido en la circular No. 004 de 2003.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	2013/12/31	Es necesario recomendar se finalice la organización de historias laborales de OPS y personal de planta para dar cumplimiento a la acción suscrita. En el caso de los OPS esta actividad esta sujeta al envío de los soportes y documentos del contrato enviados desde contratación y los supervisores de los contratos y su organización definitiva, así mismo, realizar TDP a gestión documental según el cronograma propuesto para la presente vigencia.	70%
	Organizar el archivo acorde con el espacio físico existente, buscando garantizar una mejor distribución de los archivos.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	2013/12/31	Se ha realizado organización del espacio físico de los archivos de la oficina de talento humano en los estantes que fueron entregados por mantenimiento. Se encuentra pendiente realizar la organización definitiva de cajas y carpetas, así como la TDP a gestión documental. Es necesario se finalice esta actividad para dar cumplimiento a la acción suscrita.	70%
16	Dar cumplimiento a lo establecido en el procedimiento SAF-CA-PR-05	Cartera y auditoría de cuentas	REVISORIA FISCAL	dic-14	Aún se sigue presentando tardanza en la entrega de los pagarés al área de cartera, bien sea porque se encuentran en el punto de facturación o porque se encuentran pendiente por firma, de acuerdo a los tiempos establecidos en el procedimiento.	60%
	Designar a un responsable para adelantar la gestión de cobro de pagares con el fin de aumentar el recaudo.	Cartera y auditoría de cuentas	REVISORIA FISCAL	dic-14	Manifiesta el proceso que exista un responsable, sin embargo no se tiene un nuevo informe de avance en la gestión de cobro de pagares. Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado, se recomienda se tomen las acciones necesarias, con el fin de gestionar el cobro y recuperación de estos recursos.	60%
	Separar los pagares que no presentan saldo, de aquellos que se encuentran registrados en contabilidad (supeditado a la disponibilidad de pasantes de convenios docente asistenciales)	Cartera y auditoría de cuentas	REVISORIA FISCAL	dic-14	Se enviaron a gestión documental los pagares de las vigencias 2005 y 2006. Esta actividad se encuentra documentada en CD que reposan en el proceso de cartera. Pendiente por realizar la transferencia de los pagares de las vigencias 2007 al 2013, se recomienda se tomen las acciones necesarias, con el fin de gestionar el cobro y recuperación de estos recursos.	20%
	Separar los pagares que no presentan saldo, de aquellos que se encuentran registrados en contabilidad (supeditado a lo	Cartera y auditoría de cuentas	REVISORIA FISCAL	dic-14	Se enviaron a gestión documental los pagares de las vigencias 2005 y 2006. Esta actividad se encuentra documentada en CD que reposan en el proceso de cartera. Pendiente por realizar la transferencia de los pagares de las vigencias 2007 a 2013.	20%

16	Continuar con el proceso de gestión del archivo del área de cartera.	Cartera y auditoría de cuentas.	REVISORIA FISCAL	dic-14	Se evidencia que a la fecha no se ha realizado ninguna actividad para que todos los documentos estén en óptimas condiciones de organización y conservación, evitando con ello el daño y/o pérdida de estos; se recomienda se tomen las medidas necesarias de acuerdo a los requisitos establecidos en las normas de archivística, para dar cumplimiento a la acción suscrita.	30%
	Continuar con el proceso de depuración a fin de lograr el cumplimiento al cronograma.	Cartera y auditoría de cuentas.	REVISORIA FISCAL	dic-14	Se mantiene porcentaje de avance del último seguimiento realizado. Pendiente aprobación de nuevo cronograma para la actualización de la información del proceso de cartera en servicio, se recomienda revisar esta acción en comité de cartera, con el fin de tomar las acciones necesarias que permitan establecer un nuevo cronograma, fechas de cumplimiento y responsables de acuerdo a las actuales normas legales vigentes externas e internas.	35%
	Iniciar el proceso de construcción de matrices que permitan la gestión conjunta de glosas con las cuatro entidades que mes glosas y devoluciones concentran.	Cartera y auditoría de cuentas.	REVISORIA FISCAL	dic-14	En el seguimiento realizado por este ente de control, no se evidencia construcción de nuevas matrices, según la acción propuesta. Se recomienda adelantar las acciones necesarias para el cumplimiento de esta acción de mejora.	0%
	Realizar procesos de conciliación de saldos de cartera que permitan determinar la cartera exigible principalmente con las entidades del hallazgo.	Cartera y auditoría de cuentas.	REVISORIA FISCAL	dic-14	Se observa que se han adelantado procesos de conciliación y cruce de cartera con Saludcoop comfamiliar, Emdisalud, se suscribió acuerdo de pago No. 047 de 2015 con Emdisalud y se radicó solicitud de audiencia de conciliación con Saludcoop ante la SuperSalud resultado de la suscripción de acta de depuración de saldos de Agosto de 2015.	70%
17	Minimizar al máximo el riesgo por efecto de la liquidación manual de prestaciones del personal retirado.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	2014/10/30	Se observa que se ha realizado solicitud al proveedor del software mediante ticket. Se han parametrizado conceptos que se utilizan para prestaciones, quedando pendiente la inclusión definitiva del proceso de liquidación de prestaciones del personal retirado en el software; se recomienda continuar gestionando con el proveedor del software, con el fin de concertar una fecha definitiva para dar cumplimiento a esta acción.	80%
	Continuar con el proceso de saneamiento de aportes patronales definido ahora a través de la resolución 3568 de 2014, dentro de los términos y condiciones establecidos.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	25/09/2014 hasta 05/03/2015 (término definido en la resolución 3568 de 2014)	Se observa que fue enviado informe a Revisoria fiscal del avance del proceso de saneamiento de aportes patronales a 30 de Junio de 2015. El MPS emitió la resolución 2231 y 3458 de 2015 en las cuales se amplían los términos para el cargue de la información de recursos no saneados en la plataforma SISPRO. La entidad realizó el cargue de dicha información en la plataforma en septiembre de 2015 de lo cual se espera pronunciamiento por parte del MPS.	80%
	Cumplir con lo establecido por el DAFP en lo relacionado con el diligenciamiento del formato HOJA DE VIDA FUNCION PUEBLICA.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	A partir de la fecha y en forma permanente	Se observa que se encuentran pendientes algunos formatos de acuerdo a la observación realizada, se recomienda tomar las acciones necesarias verificando el diligenciamiento total de registros de dichos formatos, con el fin de dar cumplimiento al mejoramiento continuo de la acción.	70%
	Continuar con el proceso de organización de historias laborales.	Talento humano	REVISORIA FISCAL	Permanente hasta finalizar con la organización acorde con cronograma establecido	Es necesario recomendar se finalice la organización de historias laborales de OPS y personal de planta para dar cumplimiento a la acción suscrita. En el caso de los OPS esta actividad esta sujeta al envío de los soportes y documentos del contrato enviados desde contratación y los supervisores de los contratos y su organización definitiva, así mismo, realizar TDP a gestión documental según el cronograma propuesto para la presente vigencia.	70%
	Revisar el decreto 1443 del 31 de Julio de 2014 a fin de conocer las nuevas disposiciones para la implementación del SG-SBT	Talento humano	REVISORIA FISCAL	Inmediato y en forma continua	Se observa diseño de plan de acción para dar aplicación a la normatividad establecida. Se realizó paralelo entre el decreto 1443 de 2014 y OSHAS 18001 2008, del último avance que tiene respecto al plan previsto, se ha alcanzado en un 81% de cumplimiento respecto a los criterios aplicables.	81%
PROMEDIO CUMPLIMIENTO ACCIONES DE MEJORAMIENTO:						64%

CONSOLIDACION ACCIONES DE MEJORA - PLANES DE MEJORAMIENTO (INSTITUCIONAL - POR PROCESOS), ANTERIORES A LA VIGENCIA 2015						
No.	P.M. PROCESO RESPONSABLE	ACCION	CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	N/A
1	C.I.C. - Gestión Jurídica	1	-	-	1	-
2	C.I.C. Almacén	1	-	-	1	-
3	C.I.C. Talento humano	1	-	1	-	-
4	Cartera y auditoría de	8	-	3	5	-
5	Contratación	13	-	-	13	-
6	Direccionamiento	14	6	5	2	1
7	Facturación	1	-	1	-	-
8	Farmacia	2	-	2	-	-
9	Gestión académica	2	-	2	-	-
10	Gestión ambiental	2	-	1	1	-
11	Gestión Jurídica	2	-	2	-	-
12	Laboratorio clínico	1	-	1	-	-
13	Mantenimiento	1	-	1	-	-
14	Sistemas - GEL	2	-	-	-	2
15	Talento humano	7	-	7	-	-
16	Urgencias - Historias	1	-	-	1	-
TOTAL		59	6	26	24	3



Como se observa en la tabla anterior, de un total de 59 acciones de mejora, se evidenció el cumplimiento de seis (6) de ellas (correspondiendo a direccionamiento estratégico de las cuales cinco (5) llegaron al 99% y una (1) al 97% en definitiva), parcialmente cumplen 26, no cumplen 24 y tres (3) no aplican (teniendo en cuenta el cambio en la normatividad de la estrategia de Gobierno en Línea-GEL), por lo que es importante recomendar continuar con el seguimiento y revisión permanente de las acciones formuladas y/o autocontrol como principio rector de la actividad diaria de la gestión, con el fin de lograr el cierre en definitiva de las mismas.

RECOMENDACION GENERAL

- Control Interno recomienda a la administración y a los responsables de los procesos, definir mecanismos de seguimiento al Plan, con el fin de que se garantice la implementación en el tiempo previsto, se revise y se verifique la existencia de los soportes o registros que dan cuenta de la acción y finalmente el estar verificando que se están controlando las causas que originaron el o los hallazgos detectados por la revisoría fiscal y/o la oficina Asesora de control Interno.
- De igual manera, que los procesos que han suscrito planes de mejoramiento verifiquen continuamente las acciones allí contenidas, su nivel de avance, términos de cumplimiento y soportes que serán presentados ante una nueva verificación por parte de este ente de control, contribuyendo en la formación de una cultura de autocontrol y el mejoramiento continuo en la entidad, al tener relación directa con las metas del POA, informe MECI y el Plan de Desarrollo 2013 – 2016.
- Las acciones formuladas en los Planes de Mejoramiento, deben garantizar que las causas que originan el o los hallazgos, se eliminan y sirven como posteriores controles al proceso para garantizar la efectividad de la gestión y de los principios normativos.

Segura de la valiosa atención, agradezco el compromiso permanente y la mejora continua con el sistema de control interno de la ESE HSTR.

Cordial Saludo,



G. ESPERANZA ORTEGA PINILLA
Asesora Control Interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyectó: Jorge A. Chaparro

Revisó: G. Esperanza Ortega

Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados y Subgerencias

ANEXO:

Matriz de seguimiento planes de mejoramiento consolidado con las observaciones realizadas en medio magnético.
Matriz de seguimiento acciones de mejora planes de mejoramiento (Institucional/Procesos) en medio magnético.



ANEXO NUMERO 10



Construyendo Camino a la Excelencia

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Razón social de la empresa cliente: E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

CUIDAD: Tunja.

DIRECCIÓN: Carrera 11 No. 27 – 27

NIVEL DE COMPLEJIDAD: III

REPRESENTANTE LEGAL: LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Nombre y cargo del responsable de SGA: Subgerente Administrativo y financiero

OBJETIVO GENERAL

Determinar la conformidad, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión Ambiental

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

FECHA	10 de Diciembre de 2015	LUGAR	Tunja	EMPRESA	E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja
-------	-------------------------	-------	-------	---------	-------------------------------------

FECHA DE INICIO	10 de Diciembre de 2015	FECHA DE FINALIZACION	11 de Diciembre de 2015
-----------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------

OBJETIVO	Determinar la conformidad, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión ambiental	ALCANCE /NORMA	Esta auditoría se realizara a los procesos que componen el Sistema de gestión ambiental, ISO 14001
EQUIPO AUDITOR	MARÍA CATALINA NOSSA F. AUDITOR		
CRITERIO DE AUDITORIA	Matriz de requisitos legales para SGA Normas ISO 14001 Manual del SGA Los documentos relacionados en el Manual del SGA Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares – PGIRHS		
PERSONAS ENTREVISTADAS	Carlos Emilio Vargas Yimmy Gerardo Rodriguez Cesar Adrian Sanchez Cely		
DESARROLLO DE LA AUDITORIA	Se realizó reunión de apertura de la auditoría a las 8:15 a.m el día 10 de Diciembre de 2015 con acompañamiento del representante de la dirección ante el SGA el Dr. Carlos Emilio Vargas, se dio lectura al plan de auditoría frente al cual estuvieron de acuerdo en su planteamiento y así se dio inicio a la auditoría de acuerdo con lo planificado. Se realizaron todas las actividades propuestas con intermedios al medio día para el almuerzo y la duración fue de 2 días de 8 horas para un total de 16 horas de auditoría En el segundo día se realizó el recorrido por el hospital verificando y evidenciando lo revisado documentalmente.		

	<p>Se dio cierre de la auditoría el día 11 de Diciembre de 2015 a las 5:30 de la tarde dando cierre de la reunión a las 6:30 de la tarde.</p> <p>Adicional a la auditoría realizada y al informe generado se entregó una herramienta calificable de % cumplimiento frente a la norma en la cual obtuvieron un % de 92% de conformidad.</p>
--	--

HALLAZGOS

FORTALEZAS

Se resalta la dedicación, compromiso y disposición del personal frente a la auditoría.

Es de destacar los mecanismos de comunicación, divulgación y formación con los que cuenta la entidad.

Se está implementando un software de seguimiento a los sistemas llamado Daruma salud, ambiente y gestión el cual aporta a la mejora continua y control documental del sistema de gestión ambiental

Se cuenta con una planeación estratégica bien estructurada y enlazada con el SGA y los demás procesos de la organización.

Se destaca lo completa de la matriz de aspectos e impactos ambientales y su actualización frente a los cambios generados en infraestructura

Se evidencia la continua participación de la gerencia desde sus lineamientos y control de la política en la resolución 242 de 2014 y la actualización documental oportuna ante los cambios de los encargados de la actividad.

Se resalta el compromiso gerencial en cuanto a disponibilidad de recursos para el SGA

Se destaca la mejora continua de la medición y ajustes con los cambios teniendo en cuenta que en el indicador ambiental en el plan indicativo de desarrollo se determina un indicador de cumplimiento de requisitos de la norma ISO 14001 cuya meta se establece en 93% bajándola de 100% teniendo en cuenta el proyecto de reforzamiento institucional (obra) la cual se define en el acuerdo No. 08 de 2015

En el plan operativo anual (POA)

El hecho de contar con el logo de hospital verde genera mayor credibilidad y compromiso de los colaboradores, pacientes y grupos de interés.

PROCESO/ NUMERAL	NO CONFORMIDAD OPORTUNIDAD DE MEJORA
4.4.3	No se evidencia documentada la decisión de La organización en cuanto a si decide comunicar o no externamente la información acerca de sus aspectos ambientales significativos contraviniendo lo estipulado en el numeral 4.4.3 de la norma ISO 14001
4.5.1 4.5.4	No se evidencia cronograma de verificación y calibración de equipos de medición bascula lexxus seriE JK140759 y el equipo utilizado para pesaje de residuos peligrosos XK311874 por lo cual no se puede verificar la periodicidad de verificación y calibración, no se evidencian calibración y la hoja de vida de los equipos contraviniendo el numeral 4.5.1 que determina el aseguramiento de que los equipos de seguimiento y medición que se utilicen se mantengan calibrados o verificados, y se conserven los registros asociados.

4.5.3.	Se evidencia que no fue eficaz la acción No. 2 de la auditoría interna anterior pues se evidenció que la báscula de residuos peligrosos no tiene calibración ni hoja de vida, contraviniendo el numeral 4.5.3.
4.5.4	No se evidencia planes de acción de las inspecciones y No se encuentran acciones correctivas de los hallazgos repetitivos en la inspección realizada en los meses de octubre y noviembre de 2015 a sala de cirugía el cual se encuentra repetitivo en el tema de frascos de medicamentos sin anular en el área de lavado de instrumental, contraviniendo el numeral 4.5.4 Se evidencia diferencias entre el reporte del formato RH1 y el manifiesto de recolección en la fecha del 10 de diciembre de 2015 contraviniendo el numeral 4.5.4
4.6	No se determina en el registro de revisión por la dirección la conveniencia adecuada y eficacia de la revisión por la dirección, no se contemplan todos los elementos de entrada para el análisis de la misma y la determinación de decisiones y no se genera plan de acción derivada de esta contraviniendo el numeral 4.6 de la norma

OBSERVACIONES

<p>4.3.1 Se evidencian las acciones de manejo de cambio pero no se cuenta con una metodología y un procedimiento que determine la planificación del cambio que intercale las acciones realizadas tendientes a la planificación del cambio. Se evidencia que en las acciones y controles definidos en observaciones en el reforzamiento estructural en aspecto ruido, que determina medición de decibeles, no se evidencia medición ambiental de ruido.</p> <p>4.3.1 No se evidencia el control documental y la evidencia de revisión en febrero de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento de identificación de aspectos, se evidencia enviado por correo electrónico en mayo actualizado incluyendo la pestaña de reforzamiento estructural.</p> <p>4.3.3. No se evidencia cumplimiento a la planeación en el cronograma de programa de uso adecuado y ahorro de energía, no se evidencia soportes de inspecciones programadas para identificar conexiones erradas defectuosas y No se evidencia en los programas los recursos necesarios para dar cumplimiento al programa</p> <p>4.4.1 No se determina con claridad el tema de autoridad en la matriz con la que se cuenta para definir responsabilidades.</p> <p>4.4.2 No se evidencia auditoría, revisión o seguimiento ambiental a los servicios tercerizados para verificar el manejo ambiental</p> <p>No se evidencia socialización a los colaboradores la matriz de roles, responsabilidad y autoridad. No se evidencia el control interno de formación estipulado en el PGIRASA en cuanto a formación y no están claras las definiciones de formación, capacitación y toma de conciencia.</p> <p>4.4.6 En el manual de control de plagas y roedores código GA-M-03 no se involucran las plagas ácaros, pulgas y piojos</p> <p>En la caldera no se cuenta con kit de derrames debido a que se desaparecen, se requiere determinar acciones que contrarresten esta causa.</p> <p>No se evidencia señalización de canecas y áreas de acopio, en el área de acopio no se evidencia adecuada clasificación de residuos</p> <p>Se evidencia equipo de refrigeración para almacenamiento de anatomopatológico apagado</p>
--

No se evidencia control, conocimiento y comunicación oportuna a gestión ambiental en cuanto a la disposición final de los residuos generados por el área de mantenimiento

4.4.7 Se evidencia que se requiere involucrar en los procedimientos establecidos el término de accidentes ambientales

4.5.1 No se determinan en los programas ambientales la periodicidad de reporte y de seguimiento de igual manera en el formato de reporte de indicadores CA-F-10

4.5.3. No se evidencia en el registro de no conformidad que se le incluya una casilla de eficaz para garantizar su adecuado cierre basado en la eficacia de la acción que se determina con la no ocurrencia nuevamente.

4.5.5. No se evidencia que se determina un perfil del auditor interno teniendo en cuenta unos criterios para selección de auditor basado en competencia, no se determinan las acciones en caso de ser externo el auditor en la planeación.

4.6 no se evidencia registro de revisión por la dirección exclusivo para el tema que permita garantizar la adecuada y completa revisión por la dirección.

CONCLUSIONES

A través de la ejecución de la auditoría interna se verificó la conformidad con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 14001 y demás documentación dentro del alcance y los criterios de auditoría, la adecuación y la eficacia del SGA.

ANEXO NUMERO 11



Construyendo Camino a la Excelencia

INFORME DE AUDITORIA INTERNA HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA ESE.

Se presenta a continuación el informe de las Auditorías Internas realizadas en las Instalaciones del Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja Boyacá durante los días 16,17 y 18 de Dic de 2015

1. ALCANCE

La Auditoria Interna cubrió todos los procesos que se encuentran dentro del Mapa de procesos y el alcance de la certificación

2. OBJETIVO GENERAL

Verificar el grado de cumplimiento de las actividades que se realizan en los diferentes procesos que hacen parte del Sistema de Gestión Ambiental, frente a los requerimientos de la norma OHSAS 18001.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Confirmar que la organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas en sus procesos críticos.
- Confirmar que el sistema de gestión es capaz de cumplir la política de seguridad y salud en el trabajo y alcanzar los objetivos y metas planteados por la organización y asimila los cambios que acontecen al interior de la Institución y su entorno.
- Confirmar el cumplimiento de las disposiciones en materia legal y reglamentaria.

4. CRITERIOS DE AUDITORIA

Los documentos referentes para la realización de ésta Auditoria fueron los Procedimientos, Programas, Planes, Instructivos, Políticas, Objetivos Institucionales, Requisitos Legales y otros Requisitos que conforman el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo en especial la Norma OHSAS 18001 y Decreto 1072 de 2015.

5. METODOLOGÍA

La evaluación del sistema de gestión se encuentra basada en la obtención de información sobre las actuales prácticas de trabajo, a través de entrevistas y la revisión de la documentación existente. Dicha información es comparada contra los requerimientos de las normas de referencia considerando cada elemento de las Normas y en base en la información mostrada durante las entrevistas, se aplicaron los siguientes criterios:

- Conformidad: Cumplimiento de los requisitos "numerales de la norma OHSAS18001:2007 aplicados a cada uno de los procesos"
- No conformidad : Ausencia total o parcial de un requisito de Norma.
- Observaciones : Es un área de preocupación, un proceso, documento o actividad que requiere atención por tener riesgo de presentar a futuro un incumplimiento.

- Oportunidades de Mejora: Es un área u proceso que actualmente esta conforme pero que se puede mejorar.
- Fortalezas: Eficacia continua y trazable que aporta valor significativo a procesos y actividades

A continuación se definen las características de la metodología mencionada:

- ENTREVISTAS: A Responsables de Proceso y Colaboradores de la organización en General
- REVISIÓN DE DOCUMENTOS: Revisión de la Documentación Soporte que proporcione evidencia significativa de un proceso(s) u Actividad(es)
- REVISIÓN DE ACTIVIDADES: Rutinarias y no rutinarias , Controles Operacionales y Ejecución.

6. EQUIPO AUDITOR:

Auditor Lider: Jorge Orlando Murcia Sequeda. (JOM) (tres días)

Auditor Acompañante: Sandra Yolima Roa (SYR) (dos días)

8. PLAN DE AUDITORÍA

El plan de auditoría cubre todos los requisitos de la norma

PLAN DE AUDITORIA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA					
AUDITORIA N°		2		Gerente	Lyda Marcela Perez Ramirez
Día	Mes	Año	Representante Dirección		Carlos Emilio Vargaz
16, 17, 18	12	2015	Auditor Lider		Jorge Orlando Murcia S
			Auditores Internos		Sandra Roa
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA					
Verificar el grado de cumplimiento de las actividades que se realizan en los diferentes procesos que hacen parte del Sistema de Gestión Ambiental, frente a los requerimientos de la OHSAS 18001					
ALCANCE DE LA AUDITORÍA					
CRITERIOS DE AUDITORIA			PROCESOS A AUDITAR		
Procedimientos, Programas, Planes, Instructivos, Políticas, Objetivos Institucionales, Requisitos Legales y otros Requisitos que conforman el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo			Todos los procesos que se encuentran dentro del alcance de la certificación		

AGENDA DE LA AUDITORÍA						CUMPLIMIENTO	
Fecha: 16 de diciembre de 2015							
HORA	LUGAR	ACTIVIDAD	AUDITOR(ES)	ENTREVISTADOS	SI	NO	
DIA 1							
08:30 - 9:30	Sala de Juntas	Reunión de Apertura	Jorge Orlando Murcia	Carlos Emilio Vargaz Subgerente admisionisyrativo y Financiero, Adriana Pacheco Coordinadora SyST Yimmy Rodriguez - Asesos Calidad y Ambiental.	X		
9:30 - 12:00	Sala de Juntas	Gestión de HS	Jorge Orlando Murcia S	Adriana Pacheco	X		
2:00 - 3:30	URGENCIAS	Atención del usuario en Urgencias	Jorge Orlando Murcia S	Julian Fonseca	X		
3:30 - 5:30	CONSULTA EXTERNA	Atención del usuario en Consulta Externa	Jorge Orlando Murcia S	Tatiana Mendoza	X		
DIA 2							
8:00 - 10:30	CLINICAS MEDICAS	Atención al Usuario en Internación Hospitalización- Cirugia- Ortopedia	Jorge Orlando Murcia S	Gladys Gordillo	X		
8:00 - 10:30	UCIS	NEONATOS y Pediátricas	Sandra Roa	Javier Castillo Carlos Mojica	X		
10:30 - 12:30	CLINICAS QUIRURGICAS	Atención al Usuario en Sala de Cirugia Esterilización	Jorge Orlando Murcia S	Adriana Forero	X		
10:30 - 12:30	CLINICAS MEDICAS	Ginecoobstetricia Lab Clinico	Sandra Roa	Constanza Ahumada Gladys Gordillo	X		
3:00 - 5:30	CONSULTA EXTERNA	Consulta externa y Rehabilitación	Jorge Orlando Murcia S	Tatiana Mendoza Gladys Gordillo	X		
3:00 - 5:30	APOYO SERVICIOS DE SALUD	FARMACIA	Sandra Roa	Cristian Guerrero	X		
DIA 3							
08:00 - 10:30	Gestión de Talento Humano	Gestión de Talento Humano	Jorge Orlando Murcia S	Gladys Alba	X		

08:00 - 10:30	Contratación	Contratación	Sandra Roa	Luis Fernando Adarme	X	
10:30 - 12:30	Almacén	Almacén	Jorge Orlando Murcia S	Carlos Jimenez	X	
10:30 - 12:30	Gestión Documental	Gestión Documental	Sandra Roa	Elizabeth Caro	X	
2:00 - 4:00	Gestión de la TECNOLOGIA y AMBIENTE FISICO	Gestión de la TECNOLOGIA y AMBIENTE FISICO	Jorge Orlando Murcia S	William Balaguera Lorena Merchan	X	
2:00 - 4:00	Servicios Basicos	Servicios Basicos	Sandra Roa	Gloria Chaparro	X	
4:00 - 5:30	Direccionamiento Estrategico - Calidad	Direccionamiento Estrategico - Calidad	Jorge Orlando Murcia S	Yimmy Rodriguez	X	
4:30 - 5:30	Comunicaciones	Comunicaciones	Sandra Roa	Lina Castañeda	X	
5:30 - 6:00	Cierre de Auditoria	Cierre de Auditoria	Jorge Orlando Murcia S	TODOS	X	

7. PRESENTACIÓN DE LOS HALLAZGOS

Los hallazgos encontrados durante el ejercicio de auditoria están plasmados en las listas de chequeo realizadas a cada uno de los procesos auditados, como evidencia de la auditoria. Dentro de la lista de chequeo se pueden evidenciar conformidades (OBS; OM; F; C) o no conformidades (NC)

- **NC:** NO CONFORMIDAD
- **OBS:** OBSERVACIÓN
- **OM:** OPORTUNIDAD DE MEJORA
- **F:** FORTALEZA
- **C:** CONFORMIDAD

8. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS

FORTALEZAS

- La adecuación de las Instalaciones que permiten cumplir las normas de sismo resistencia y mejorar la distribución de las áreas para prestar un mejor servicio.
- El nivel de coordinación entre los procesos Misionales de Prestación de los servicios y los procesos misionales de apoyo a los servicios de salud.

- El conocimiento por parte del personal de coordinación y asistencial de los peligros y riesgos a los cuales están expuestos y la toma de conciencia frente a la prevención de los mismos.
- El interés de la Alta Dirección reflejado por la inclusión dentro de su Direccionamiento Estratégico del proyecto de implementación de la Norma OSHAS 18001.
- La herramienta tecnológica de publicación y consulta de los documentos permite una disponibilidad y accesibilidad permanente de los Documentos del Sistema de S y SO.

NO CONFORMIDADES

- NC1:

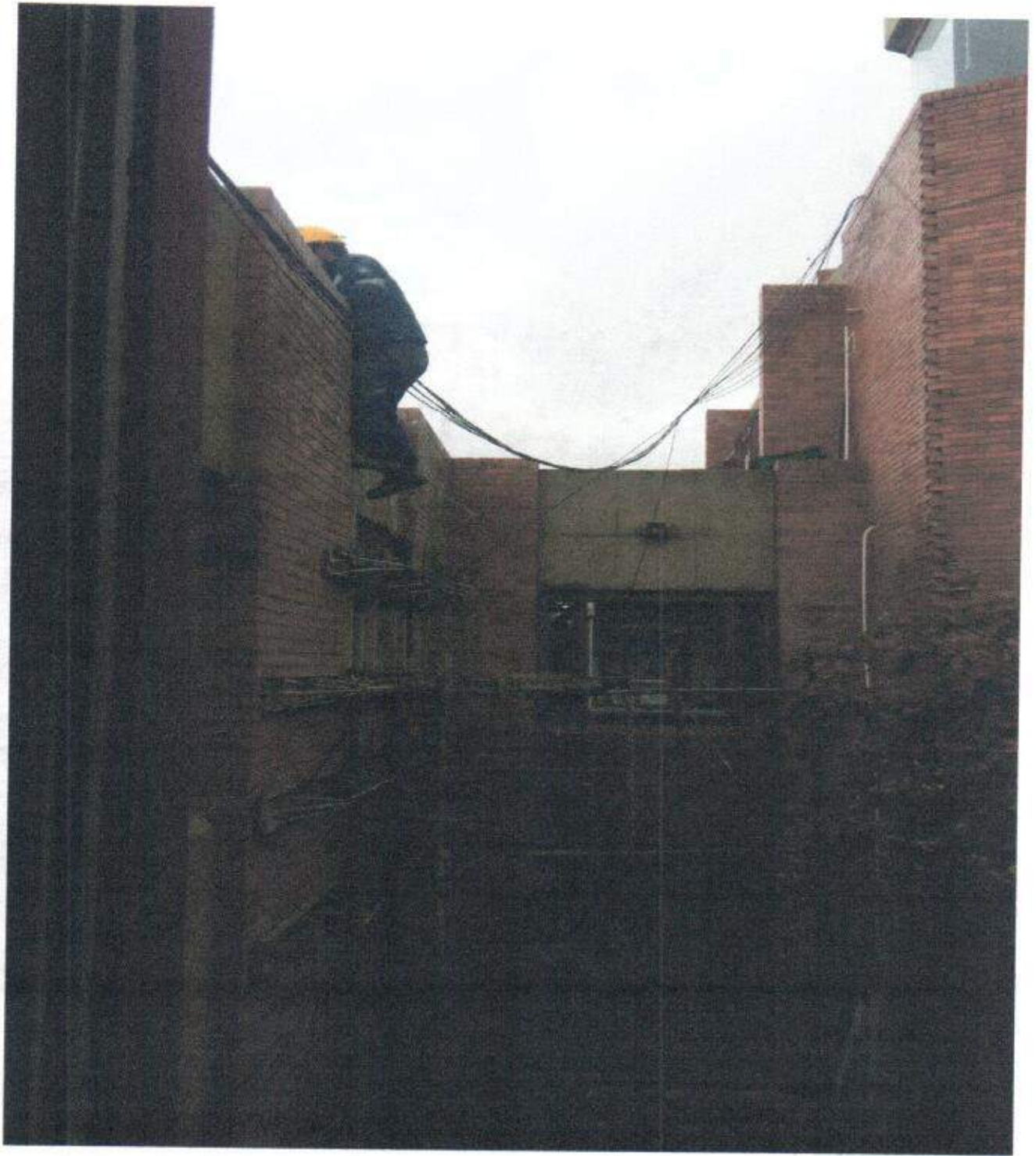
No se encontró evidencia de que la alta dirección de la institución haya realizado revisiones a la adecuación, conveniencia y eficacia del sistema de gestión en S&SO., incumpliendo el numeral 4.6 de la norma OHSAS18001:2007.

-

NC2:

Se evidencia que las acciones correctivas para eliminar las causas raíces de la NC asociada a trabajo en alturas no ha sido eficaz puesto que se encontraron contratistas laborando en alturas sin permisos de trabajo, sin elementos y sistemas de protección adecuados. Incumpliendo el numeral 4.5.3.2 de la norma OHSAS18001:2007.





The photograph captures a scene of urban infrastructure and human activity. The narrow alleyway is flanked by multi-story brick buildings, suggesting a densely populated area. The presence of a worker on the roof indicates ongoing maintenance or construction. The power lines crisscrossing the space highlight the complexity of utility management in such environments. The overall atmosphere is one of a busy, somewhat cluttered urban space.



- NC3:

Se encontraron recipientes con productos químicos como Hipoclorito en la bodega de Almacén (Sotano) jabon concentrado y Blanqueador, en áreas de almacenamientos temporales de Salas de cirugía y Consulta externa sin Fichas de seguridad. Incumpliendo el numeral 4.4.6 de la norma OHSAS18001:2007.

- NC4:

Se evidencio deficiencia en los controles de utilización de EPP en cuanto al uso por parte de personal en formación de zapatos sin cumplir los requisitos establecidos en el manual de Bio seguridad, de igual forma se observó una nutricionista en el piso 7 ortopedia y un Médico Cirujano en Sala de cirugía practicando un procedimiento con una cadena en el cuello. Incumpliendo el numeral 4.4.6 de la norma OHSAS18001:2007.

- NC5:

En la bodega de Farmacia se evidencia apilamientos de más de tres metros presentando condiciones inseguras adicionalmente se evidencio en las hojas de vida que los trabajadores que manipulan los elementos no cuentan con certificado de Trabajo en alturas. Incumpliendo el numeral 4.4.2 de la norma OHSAS18001:2007.

- NC6:

En el área de equipos biomédicos se evidencia que el proveedor TECHNIK que realiza la calibración de los equipos audiómetro e impedanciometro no se encuentran acreditados ante la ONAC para asegurar la trazabilidad de los patrones y cumplimiento de la norma ISO 17025. Deficiente iluminación en las áreas de trabajos de precisión, Para los Autoclaves no se tiene documentada las disposiciones de manejo seguro. **Incumpliendo el numeral 4.5.2.1 de la norma OHSAS18001:2007**

- NC7:

No se evidencia en el área de Mantenimiento registro de inspecciones a la Herramienta, equipos y elementos de trabajo como escaleras, que aseguren su certificación para trabajos de alto riesgo. No se han implementado los permisos de trabajo para actividades de trabajos de Alto riesgo. Incumpliendo el numeral 4.4.6 de la norma OHSAS18001:2007

- NC8:

En el área de Servicios Generales se observa un procedimiento de envasado de productos químicos en condiciones inseguras y sin los controles apropiados, por cuanto el mesón de envasado es en madera mostrando inestabilidad, no hay lava ojos de acuerdo a las instrucciones de la Hoja de seguridad del producto. Incumpliendo el numeral 4.4.6 de la norma OHSAS18001:2007







OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Se puede fortalecer la toma de conciencia frente a peligros y riesgos, por parte del personal en formación que desarrolla actividades dentro de la institución y el cumplimiento de los controles establecidos para su mitigación.
2. Fortalecer el seguimiento a los roles de los intervinientes en el seguimiento a los servicios contratados con terceros, para garantizar la efectiva adherencia al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Aunque se tienen establecidos los objetivos de Calidad, indicadores de procesos, se puede mejorar la Alineación de éstos con los objetivos estratégicos.

OBSERVACIONES

Las observaciones puntuales se encuentran relacionadas en las listas de Verificación, se relacionan a continuación las más significativas.

En el laboratorio se recomienda mejorar las condiciones de orden y aseo en las áreas de trabajo, se evidenciaron de cajas de cartón en debajo de los mesones de procesamiento de muestras. Se recomienda verificar el ambiente de trabajo donde se encuentra el equipo Phoemix 100, ya que es un cuarto que debe permanecer cerrado y no cuenta con ventilación suficiente. Se entrevista a trabajadores del área quienes, conocen los riesgos que generan sus actividades, pero manifiestan tener condiciones adversas por que los equipos emiten calor y el aire acondicionado les genera molestias de tipo alérgico.

En el archivo de historias clínicas está en un sitio transitorio, en el cual se evidencia no tener una disposición adecuada de acuerdo a lo establecido en la norma que regula la materia y a pesar de las barreras de protección se detecta material particulado sobre los expedientes.

9. CONCLUSIONES

Se evidencia que la Institución mejoró en la definición de los indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos del sistema y la designación de responsabilidades frente al sistema, se puede mejorar en lograr una mayor alineación entre los objetivos Estratégicos y de los Planes Operativos y los establecidos como Objetivos en los Sistemas de Gestión.

Se Mejoró en la implementación de los controles establecidos en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos y en la documentación del sistema de gestión en seguridad y salud laboral sin embargo se debe fortalecer la supervisión e interventoría para que los contratistas apliquen los controles en actividades de alto riesgo como trabajo en alturas .

Se observa una mayor integración entre los diferentes Sistemas de Gestión implementados en la Institución (Calidad , ambiental, SySO) no obstante se recomienda seguir trabajando en la integración de los controles que son comunes a todos como son las Rondas de Inspección, pues se tienen unas para evaluar la seguridad del paciente (Calidad), la seguridad del trabajador (SySO) y prevención de la Contaminación(Ambiental)

Tunja, diciembre de 2015

JORGE ORLANDO MURCIA SEQUEDA
LEAD AUDITOR IRCA
OSHAS 18001

ANEXO NUMERO 12



Construyendo Camino a la Excelencia

Tunja, 27 enero de 2015.

Doctores

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

CARLOS EMILIO VARGAS CANTOR

Subgerente Administrativo y Financiero

DANILO SAZA SANCHEZ

Subgerente Servicios de Salud.

HENRY MAURICIO CORREDOR

Asesor de Desarrollo de Servicios

E.S.E. Hospital San Rafael

Tunja.

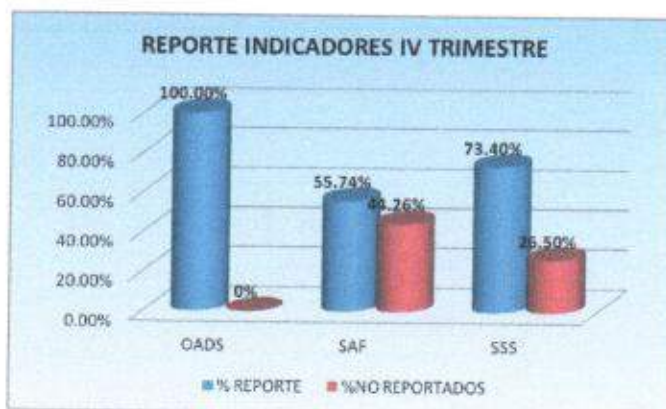
Asunto: Informe estado de indicadores Cuarto trimestre 2015

INDICADORES INSTITUCIONALES

INDICADORES REPORTADOS

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	REPORTADOS	% REPORTE	NO REPORTADOS	%NO REPORTADOS
OADS	TOTAL	33	33	100.00%	0	0%
SAF	TOTAL	61	34	55.74%	27	44.26%
SSS	TOTAL	83	61	73.40%	22	26.50%

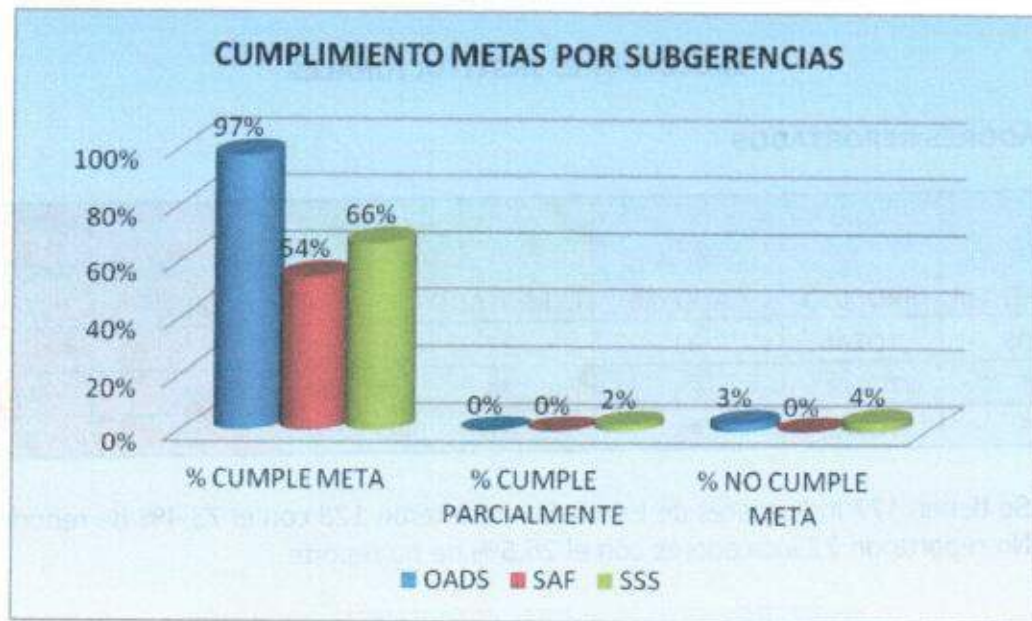
1. Se tienen 177 indicadores de los cuales reportaron 128 con el 73.4% de reporte
2. No reportaron 22 indicadores con el 26.5% de no reporte



CUMPLIMIENTO DE META

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	CUMPLE LA META	% CUMPLE META	CUM. PARCIAL META	% CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE META	% NO CUMPLE META
OADS	TOTAL	33	32	97%	0	0%	1	3%
SAF	TOTAL	61	33	54%	0	0%	0	0%
SSS	TOTAL	83	55	66%	2	2%	3	4%

1. El 72.3% cumplen con la meta con 120 indicadores
2. El 2% cumple parcialmente con la meta, 2 indicadores
3. El 4% no cumple con la meta, 4 indicadores

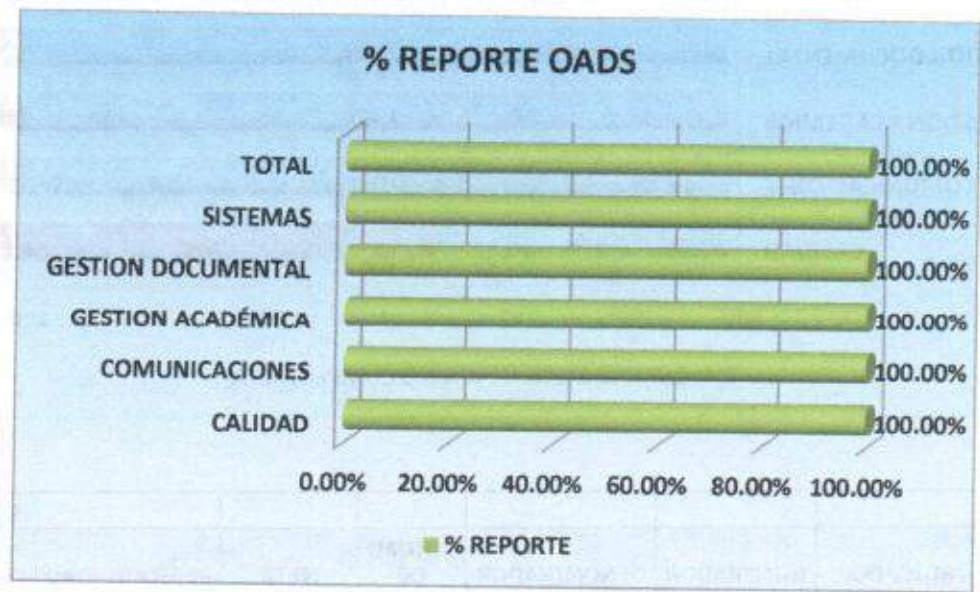


INDICADORES POR SUBGERENCIAS

OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	REPORTADOS	% REPORTE	NO REPORTADOS	%NO REPORTADOS
OADS	CALIDAD	14	14	100.00%	0	0%
OADS	COMUNICACIONES	5	5	100.00%	0	0%
OADS	GESTION ACADÉMICA	2	2	100.00%	0	0
OADS	GESTION DOCUMENTAL	5	5	100.00%	0	0%
OADS	SISTEMAS	7	7	100.00%	0	0%
OADS	TOTAL	34	34	100.00%	0	0%

INDICADORES REPORTADOS:



CUMPLIMIENTO DE METAS

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	CUMPLE LA META	% CUMPLE META	CUM. PARCIAL META	% CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE META	% NO CUMPLE META
OADS	CALIDAD	14	13	93%	0	0%	1	7%
OADS	COMUNICACIONES	5	5	100%	0	0%	0	0%
OADS	GESTION ACADEMICA	2	2	100%	0	0%	0	0%
OADS	GESTION DOCUMENTAL	5	5	100%	0	0%	0	0%
OADS	SISTEMAS	7	7	100%	0	0%	0	0%
OADS	TOTAL	33	33	99%	0	0%	1	1%



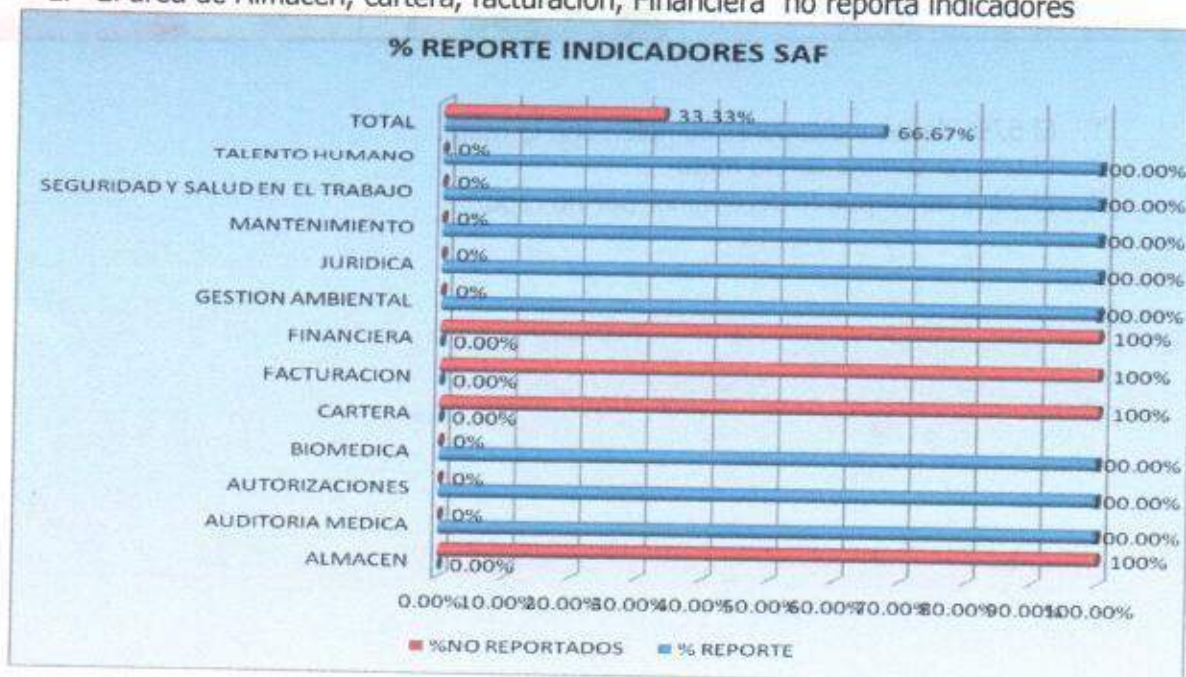
ÁREA	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD	CUARTO TRIMESTRE		
							N	D	R
CALIDAD	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	Número total de pacientes hospitalizados	Tasa por mil	< 40 X 1000	MENSUAL	129	3188	40.46



SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA INDICADORES REPORTADOS

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	REPORTADOS	% REPORTE	NO REPORTADOS	%NO REPORTADOS
SAF	ALMACEN	5	0	0.00%	5	100%
SAF	AUDITORIA MEDICA	1	1	100.00%	0	0%
SAF	AUTORIZACIONES	2	2	100.00%	0	0%
SAF	BIOMEDICA	5	5	100.00%	0	0%
SAF	CARTERA	1	0	0.00%	1	100%
SAF	FACTURACION	1	0	0.00%	1	100%
SAF	FINANCIERA	8	0	0.00%	8	100%
SAF	GESTION AMBIENTAL	10	10	100.00%	0	0%
SAF	JURIDICA	9	9	100.00%	0	0%
SAF	MANTENIMIENTO	4	4	100.00%	0	0%
SAF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	8	8	100.00%	0	0%
SAF	TALENTO HUMANO	6	6	100.00%	0	0%
SAF	TOTAL	60	45	66.67%	15	33.33%

1. Se tiene un 66.67% en el reporte de indicadores, y un 33.33% que no reporta indicadores.
2. El área de Almacen, cartera, facturación, Financiera no reporta indicadores



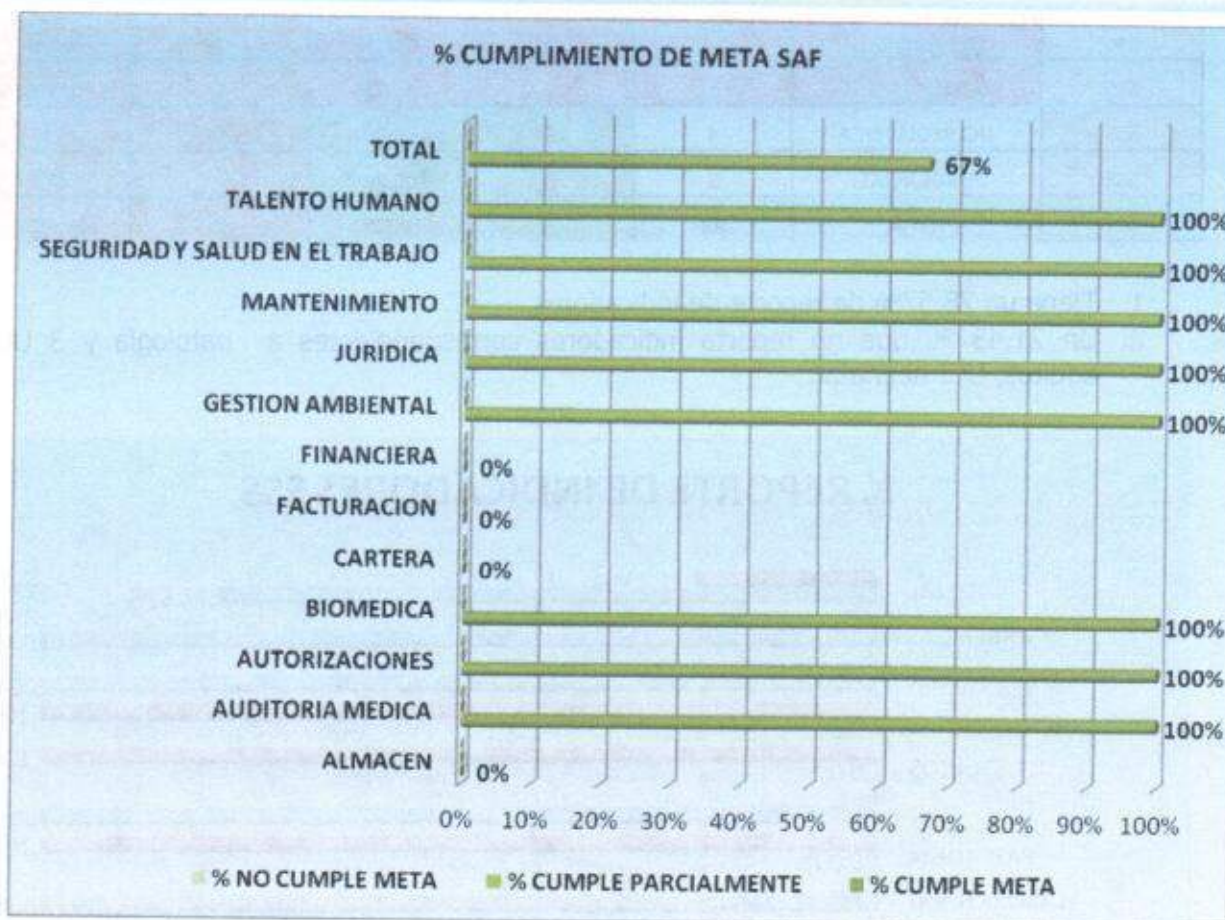
INDICADORES QUE CUMPLEN CON LA META

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	CUMPLE LA META	% CUMPLE META	CUM. PARCIAL META	% CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE META	% NO CUMPLE META
SAF	ALMACEN	5	0	0%	0	0%	0	0%
SAF	AUDITORIA MEDICA	1	1	100%	0	0%	0	0%
SAF	AUTORIZACIONES	2	2	100%	0	0%	0	0%
SAF	BIOMEDICA	5	5	100%	0	0%	0	0%
SAF	CARTERA	1	0	0%	0	0%	0	0%
SAF	FACTURACION	1	0	0%	0	0%	0	0%
SAF	FINANCIERA	8	0	0%	0	0%	0	0%
SAF	GESTION AMBIENTAL	10	10	100%	0	0%	0	0%
SAF	JURIDICA	9	9	100%	0	0%	0	0%
SAF	MANTENIMIENTO	4	4	100%	0	0%	0	0%
SAF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	8	8	100%	0	0%	0	0%
SAF	TALENTO HUMANO	6	6	100%	0	0%	0	0%
SAF	TOTAL	60	45	67%	0	0%	0	0%

1. El 67% de los indicadores cumplen con la meta.
2. El 0% no cumple con la meta
3. El 33% no se puede determinar por no reporte





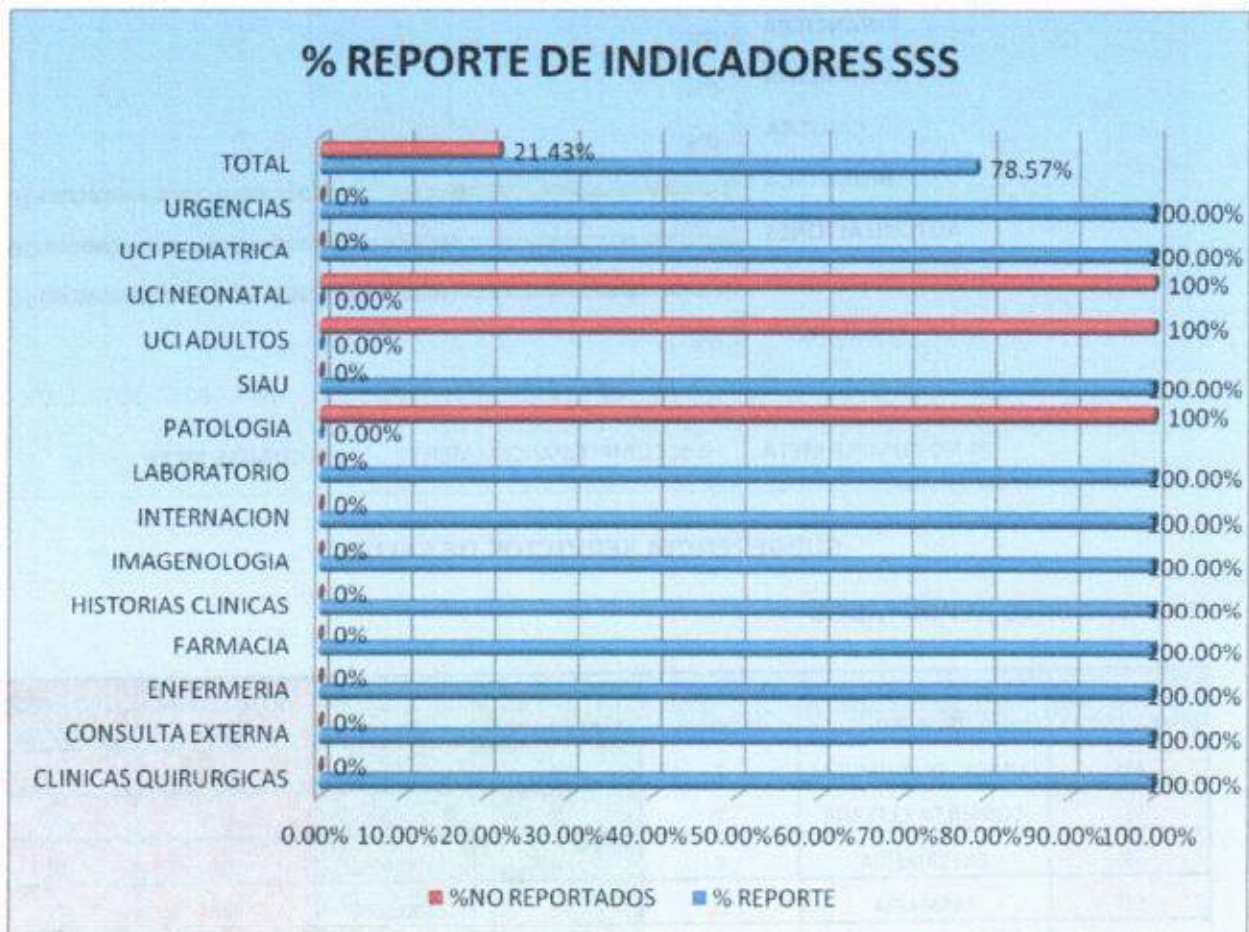
SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD

INDICADORES REPORTADOS

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	REPORTADOS	% REPORTE	NO REPORTADOS	%NO REPORTADOS
SSS	CLINICAS QUIRURGICAS	7	7	100.00%	0	0%
SSS	CONSULTA EXTERNA	7	7	100.00%	0	0%
SSS	ENFERMERIA	4	4	100.00%	0	0%
SSS	FARMACIA	11	11	100.00%	0	0%
SSS	HISTORIAS CLINICAS	2	2	100.00%	0	0%
SSS	IMAGENOLOGIA	7	7	100.00%	0	0%
SSS	INTERNACION	8	8	100.00%	0	0%
SSS	LABORATORIO	4	4	100.00%	0	0%
SSS	PATOLOGIA	3	0	0.00%	3	100%
SSS	SIAU	11	11	100.00%	0	0%

SSS	UCI ADULTOS	2	0	0.00%	2	100%
SSS	UCI NEONATAL	5	0	0.00%	5	100%
SSS	UCI PEDIATRICA	4	4	100.00%	0	0%
SSS	URGENCIAS	8	8	100.00%	0	0%
SSS	TOTAL	83	73	78.57%	10	21.43%

1. Tiene un 78.57% de reporte de indicadores.
2. Un 21.43 % que no reporta indicadores correspondientes a patología y 3 UCI adultos, UCI neonatal.

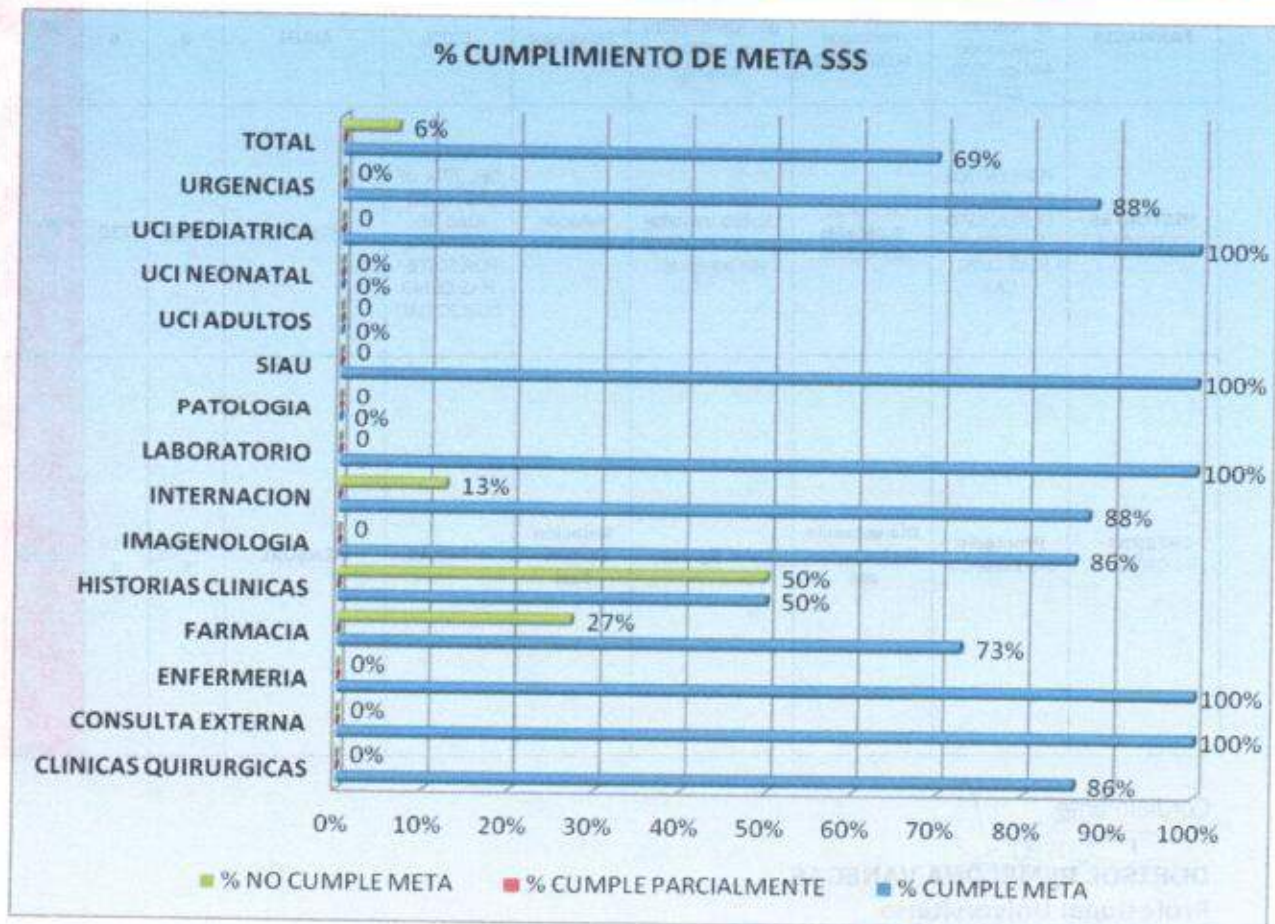


INDICADORES QUE CUMPLEN CON LA META

SUBGERENCIA	PROCESO	TOTAL INDICADORES	CUMPLE LA META	% CUMPLE LA META	CUM. PARCIAL META	% CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE META	% NO CUMPLE META
SSS	CLINICAS QUIRURGICAS	7	7	86%	0	0%	0	0%



CAS								
SSS	CONSULTA EXTERNA	7	7	100%	0	0%	0	0%
SSS	ENFERMERIA	4	4	100%	0	0%	0	0%
SSS	FARMACIA	11	8	73%	0	0%	3	27%
SSS	HISTORIAS CLINICAS	2	1	50%	0	0%	1	50%
SSS	IMAGENOLOGIA	7	6	86%	0	0%	0	0
SSS	INTERNACION	8	7	88%	0	0%	1	13%
SSS	LABORATORIO	4	4	100%	0	0%	0	0
SSS	PATOLOGIA	3	0	0%	0	0%	0	0
SSS	SIAU	11	11	100%	0	0%	0	0
SSS	UCI ADULTOS	3	0	0%	0	0%	0	0
SSS	UCI NEONATAL	5	0	0%	0	0%	0	0%
SSS	UCI PEDIATRICA	4	4	100%	0	0%	0	0
SSS	URGENCIAS	8	8	88%	0	0%	0	0%
SSS	TOTAL	84	67	69%	0	0%	5	6%



1. El 69% de los indicadores cumplen con la met con 67 indicadores.
2. El 0% de los indicadores cumplen parcialmente
3. El 6% de los indicadores no cumplen con la meta con 5 indicadores.

ÁREA	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	PERIODICIDAD	CUARTO TRIMESTRE		
							N	D	R
FARMACIA	CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO	No de solicitudes gestionadas según las necesidades y consumos del control de inventarios	Total de requerimientos con semáforo en rojo del periodo	Porcentaje	100%	MENSUAL	10	11	90.91 %
FARMACIA	COBERTURA DE LA CAPM	No de medicamentos en unidades adecuados por la CAPM	uados por la CAPM/ No de medicamentos formulados	Porcentaje	95%	MENSUAL	5250	5832	90.02 %
FARMACIA	Garantizar el cumplimiento de requisitos Resolución 444 de 2008-CAMP	Numero Hallazgos subsanados	Total de hallazgos identificados en auditoria interna	Porcentaje	100%	ANUAL	5	6	83.33 %
HISTORIAS CLINICAS	PORCENTAJE DEPURACION DUPLICIDAD DE HISTORIAS CLINICAS	Historias duplicadas corregidas	Total historias clínicas reportadas por la oficina de sistemas	Relación Porcentual	CORRECCION DEL 70% DE LAS HISTORIAS REPORTADAS POR SISTEMAS COMO DUPLICIDAD	MENSUAL	142	230	61.74 %
INTERNACION	Promedio día Estancia	Día estancia de los egresos	Total Egresos	Relación Porcentual	< 5 DIAS	MENSUAL	22141	3188	6.95

Cordialmente,


DORISOL PÁMLONA VANEGAS
Profesional Universitario



ANEXO NUMERO 13



Construyendo Camino a la Excelencia

OACI -110.2.4 - 001

Tunja, 13 de Enero de 2016

Doctora
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
Ciudad

Ref. Informe de auditoría al procedimiento de recepción, trámite y resolución de quejas, sugerencias, reclamos y derechos de petición del II semestre de 2015 en el marco de lo normado en la ley 1474 de 2011.

A continuación me permito presentar el informe de la referencia.

OBJETIVO: Evaluar el procedimiento de Recepción, Trámite y Resolución de las Quejas, Sugerencias y Derechos de Petición durante el segundo semestre de 2015, relacionadas con la prestación de servicios de salud en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 y demás normas legales vigentes.

ALCANCES:

- ✓ Determinar el volumen, motivos de quejas, reclamos, sugerencias y derechos de petición allegados durante el II semestre del año 2015.
- ✓ Verificar el proceso de recepción, trámite y respuesta de las quejas, sugerencias, reclamos y derechos de petición que los ciudadanos formularon en el II semestre del año 2015.
- ✓ Verificar la oportunidad de la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en cumplimiento de las normas.
- ✓ Verificar el orden dado a la contestación de las peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.
- ✓ Inferir sobre el nivel o grado de solución a peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.
- ✓ Revisión de series documentales y demás evidencias
- ✓ Verificar el cumplimiento a la Resolución Interna No. 071 de 2014 "Por medio de la cual se reglamenta el trámite interno de peticiones en la ESE Hospital San Rafael Tunja" y la Resolución No. 137 de 2014 "Por medio de la cual se modifica la resolución No. 071 del 21 de Abril de 2014, y se reglamenta el trámite interno de petición en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja".

AREAS INVOLUCRADAS

- ✓ Gerencia, Subgerencia administrativa y financiera, Subgerencia de servicios de salud, SIAU, Oficina Jurídica, procesos misionales y administrativos.



METODOLOGÍA

Preparar y elaborar papeles de trabajo, recolectar, tabular, analizar y verificar la información suministrada por los procesos involucrados.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Ley 1474 de 2011.
- ✓ Circular única 047 de 2007 de la Supersalud.
- ✓ Código Contencioso Administrativo.
- ✓ Tabla de retención documental del SIAU.
- ✓ Resolución No. 071 de 2014.
- ✓ Resolución No. 137 de 2014.

RESULTADOS:

VOLUMEN, PARTICIPACION DE LAS AREAS Y MOTIVOS DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS OCURRIDOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015.

- ✓ **Determinación del Volumen de Quejas.** Durante el segundo semestre de 2015 se presentaron 71 quejas en la entidad, de las cuales no se evidencia registro en las actas de apertura de buzón de sugerencias desde los meses de Agosto a Diciembre de 2015, no se encuentran en el consolidado final el número de quejas interpuestas al cierre y levantamiento del acta respectiva. Con base en lo anterior se recomienda se deje su registro en acta una vez finalice la jornada, toda vez que esta situación genera incertidumbre respecto al medio de recepción utilizado de las quejas interpuestas por los diferentes usuarios.

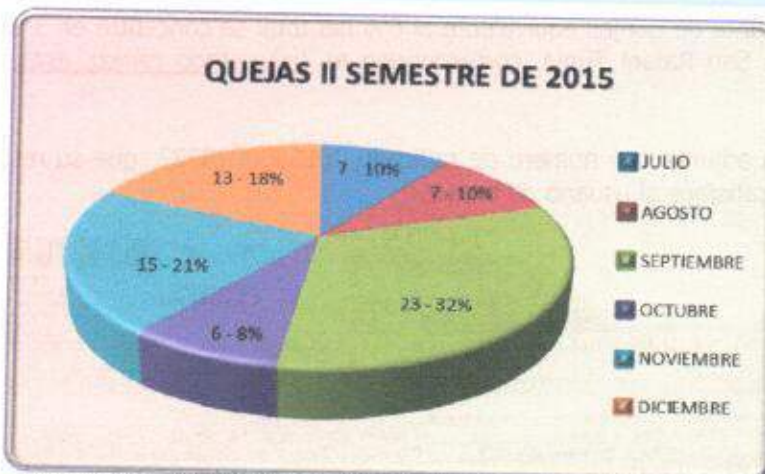
A continuación se relacionan el número quejas presentadas en el consolidado y soportes físicos allegados a este ente de control por el proceso SIAU durante el segundo semestre distribuidas mensualmente de la siguiente manera:

QUEJAS II SEMESTRE 2015		
MES	No. DE QUEJAS	% PARTICIPACION
JULIO	7	10
AGOSTO	7	10
SEPTIEMBRE	23	32
OCTUBRE	6	8
NOVIEMBRE	15	21
DICIEMBRE	13	18
TOTAL	71	100.0

FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Gráficamente se presenta de la siguiente forma:





FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Como se puede apreciar los meses en los cuales los usuarios de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja presentaron un mayor número de quejas fueron respectivamente:

- ✓ *Septiembre: 23 quejas correspondiente al 32%*
- ✓ *Noviembre: 15 quejas correspondiente al 21%*
- ✓ *Diciembre: 13 quejas correspondiente al 18%*
- Julio: 7 quejas correspondiente al 10%*
- Agosto: 7 quejas correspondiente al 10%*
- Octubre: 6 quejas correspondiente al 8%.*

Participación de las áreas frente a las quejas radicadas en la entidad. Las diferentes áreas y/o servicios del Hospital participan en las 71 quejas consolidadas en el SIAU de la siguiente forma:

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico de un total de 11 áreas, se evidenció que en 8 áreas y/o servicios de la entidad, se concentra el 94% del total de quejas interpuestas por usuarios de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja respectivamente y como se muestra a continuación:

- ✓ *Clinicas Quirúrgicas: 17 quejas corresponde al 24%*
- ✓ *Clinicas Médicas: 14 quejas corresponde al 20%*
- ✓ *Enfermería: 13 quejas corresponde al 18%*
- ✓ *C-Ext-Cons: 7 quejas corresponde al 10%*
- Facturación: 7 quejas corresponde al 10%*
- Vigilancia: 4 quejas corresponde al 6%*
- Urgencias: 3 quejas corresponde al 4%*
- Laboratorio clínico: 2 quejas corresponde al 3%*



FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

El porcentaje restante de quejas equivalente al 6% del total se concentra en 3 áreas y/o servicios de la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja, corresponden a: Laboratorio clínico, estadística y archivo, UCI Pediátrica.

Ejemplo de queja adjunta con número de radicado 2015300029322, que su respuesta no es clara y posiblemente no satisface al usuario de fondo:



HOSPITAL San Rafael Tunja

2015300029322

FORMATO DE SUGERENCIAS, QUEJAS Y FELICITACIONES
 Cod: SIAL-F-01

Su comentario será leído por nuestra gerencia, le agradecemos que diligencie la totalidad de los datos

Nombre de usuario: CARMEN YAMILE DIAZ PEREZ
 Identificación: 46 554 150 Dirección: Calle 16 #8-17 SOGAMOSO
 Teléfono: 3118670144-3114430278 Fecha y hora de diligenciamiento: 15/02/2015 a las 12:00
 Afiliación o EPS del usuario: Email:

Por favor marque con una X según corresponda
 SUGERENCIA _____ QUEJA FELICITACIÓN _____

Nombre o descripción de la persona de quien hace el comentario: Encargada de
 procedimientos de cirugía

Mencione el servicio: Cirugía General

Escriba su comentario en el momento de la preparación de los cirujos
 la señora le informó a su mamá que no es necesario que venga
 a hospitalizarse con acompañante ya que debe de irse a su casa
 cuando ella se va a su casa al que se le va a hospitalizar, pero el
 médico dijo que debe ir con acompañante y al momento de llegar
 al hospital se presenta de nuevo que no la quieren recibir por este motivo



Carrera 11 No. 27 - 27 / 8-7405030
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
 e-mail. Cinterno@hospitalsanrafaeltunja.gov.co
 Tunja - Boyacá - Colombia

Al contestar cite: 20152330054661

Tunja, 15 de febrero de 2015

Señora
 CARMEN YAMILE DIAZ PEREZ
 Calle 16 #8-17
 Tel 3118670144-3114430278
 SOGAMOSO

Asunto: Respuesta a queja

ConSal Salud

Apreciada señora, con respecto a la queja suscrita por usted me permito contestar:

- Se realizó la investigación pertinente para el tema en mención por la queja interpuesta por usted con los procesos involucrados en la recepción del paciente que ingresa por urgencias programada para procedimientos quirúrgicos, encontrando los siguientes hallazgos:
 - En personas que no presentan ningún tipo de discapacidad mental o física, edades extremas como adultos mayores o niños, no es obligatoria la presencia de un acompañante al servicio de urgencias para el ingreso a hospitalización hacia cirugía programada.
 - En el momento de dar la información sobre preparación pre quirúrgica se entrega folioleto SC-FI-01 donde van plasmadas las indicaciones emitidas y a través de llamada programada el día anterior a la fecha de la cirugía se vuelven a repetir.
 - En todo caso se recomienda la presencia de un familiar para agilizar los procesos administrativos y estar al pendiente del usuario que viene a hospitalizarse, sin querer decir con lo anterior que es obligación exceptuando las consideraciones emitidas en el primer punto.
 - Presentamos excusas por el incidente presentado y que generó demoras en el momento del ingreso a su hospitalización; se retroalimentó al personal encargado de este proceso haciendo la aclaración de los casos que realmente ameritan acompañante, por lo demás, los paciente que no lo requieren su proceso debe ser ágil y eficiente.
 - Trabajamos a diario para brindar una atención con los mejores estándares de seguridad y calidad.

Conductivamente,
DANILO SAZA SANCHEZ
 SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

Este ente de control considera recomendar la importancia de analizar en más detalle las quejas interpuestas por los usuarios de la entidad con el fin de entregar una respuesta satisfactoria y clara al usuario garantizando que aquella circunstancia que motivó su presentación, sea superada y subsanada en su totalidad evitando de esta forma que la caracterización o factor de queja mediante la cual el usuario se manifiesta se vuelva a presentar, contribuyendo así al mejoramiento continuo de los procesos al brindar una atención de forma humanizada y segura.

Caracterización de las quejas por factor o motivo. El Porcentaje de participación de las 71 quejas por factor y/o características del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad (Decreto 1011 de 2006, Título II, artículo 3), se muestra a continuación:

QUEJAS RELACIONADAS POR FACTOR/MOTIVO		
FACTOR/MOTIVO	No. DE QUEJAS	% PARTICIPACION
COMODIDAD	3	4
OPORTUNIDAD	14	20
PERTINENCIA	26	37
TRATO CON EL USUARIO/FLIA	28	39
TOTAL	71	100

FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

En el siguiente gráfico se puede apreciar la representación total de las quejas por factor analizado:



FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Se puede observar que el 100% de las quejas por factor analizado corresponden a (4) factores como son: El trato que se le brinda al usuario y/o familia con un 39% (19 de las 28 quejas presentadas provienen de los servicios de clínicas quirúrgicas, clínicas médicas y enfermería), pertinencia con un 37% (16 de las 26 quejas presentadas provienen de los mismos servicios), oportunidad con un 20% y comodidad con un 4%, en la prestación de los servicios que requieren los usuarios de la entidad.

Determinación del Volumen de Eventos recibidos en SIAU.

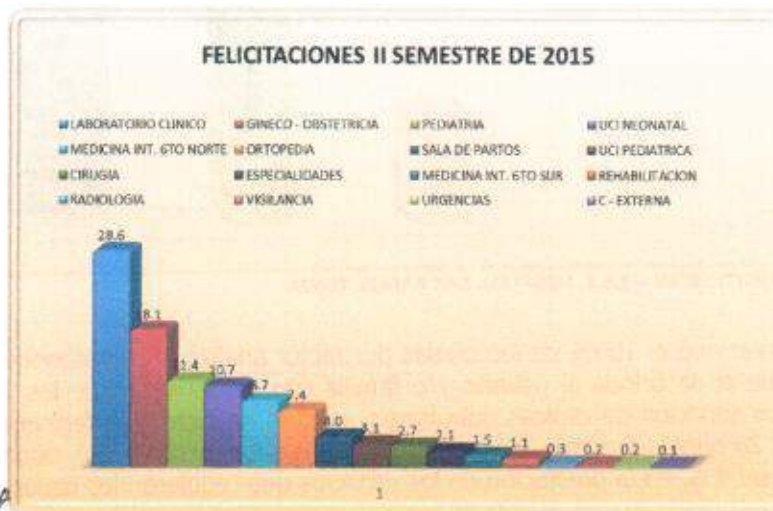


FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

En las actas correspondientes a las aperturas de buzones del segundo semestre de 2015 (Desde el acta 0-26 a 0-52) se encuentran registradas en total 1606 felicitaciones y 47 sugerencias distribuidas de la siguiente forma:

- ✓ **FELICITACIONES:** En las siguientes áreas y/o servicios se presentaron el mayor número de felicitaciones en donde se destaca principalmente el buen servicio, calidad y buen trato hacia el usuario:

LABORATORIO CLINICO (459), GINECOLOGÍA (290), PEDIATRÍA, (183), UCI NEONATAL (172), MD INTERNA 6° NORTE (140), ORTOPEDIA (119), SALA DE PARTOS (64), UCI PEDIATRICA (49), CIRUGIA (44), ESPECIALIDADES (33), MD INTERNA 6° SUR (24), REHABILITACION (17), RADIOLOGIA (5), VIGILANCIA (3), URGENCIAS (3), CONSULTA EXTERNA (1).



FUENTE: ACTAS DE APERTURA DE BUZONES (0-26 – 0-52)
 SIAU - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Los meses en los cuales se presentó un mayor número de felicitaciones fueron respectivamente: Septiembre (358), Julio (347), Agosto (266), Octubre (241), Diciembre (198) y Noviembre (196).

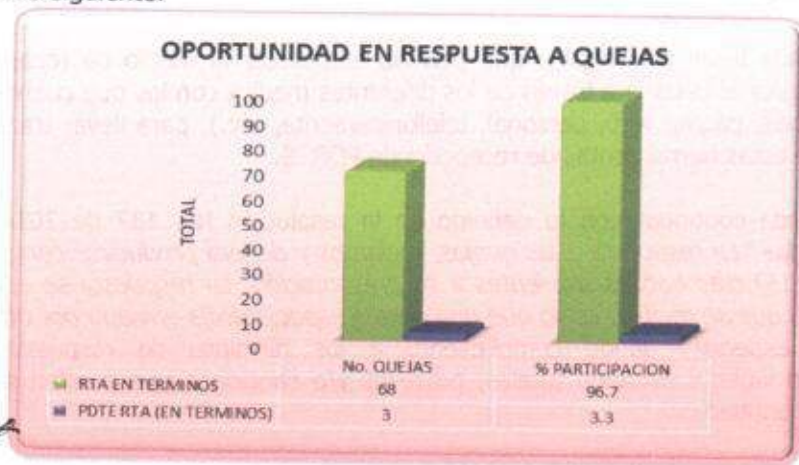
✓ **SUGERENCIAS:** Las áreas en donde se presentaron mayor número de sugerencias fueron: GINECOLOGIA (18), MD INTERNA 6° NORTE (8), ALIMENTACION (7), PEDIATRÍA (6), ORTOPEDIA (2), RADIOLOGIA (2), SALA DE PARTOS (1), URGENCIAS (1), CIRUGIA (1), CONSULTA EXTERNA (1). Las sugerencias hacen referencia a acciones presentadas por los usuarios orientadas al mejoramiento de las áreas y/o servicios, así como a un mejor desempeño de los funcionarios de la entidad. Los meses en los cuales se presentaron mayor número sugerencias fueron Octubre (13), Noviembre (9), Julio (8), Diciembre (7), Agosto (6) y Septiembre (4) respectivamente. De las 47 sugerencias realizadas por los usuarios durante el segundo semestre de 2015, (23) fueron hechas por comodidad, (10) por pertinencia, (9) por oportunidad y (5) fueron hechas por el trato que se le brinda al usuario y a su familia en los servicios prestados en la entidad.

Al cotejar con el informe realizado por el SIAU correspondiente al segundo semestre, se observa que en éste se encuentran consignadas en total 1631 felicitaciones, mientras que en el consolidado que se allega a este ente de control corresponden a 1606, presentando una diferencia menor en 25 felicitaciones (1 en el mes de Octubre y 24 en el mes de Diciembre); así mismo, se presenta una diferencia en el número de sugerencias consignadas en el informe (64) y en el consolidado que se allega se encuentran (47).

RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESOLUCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, SOLICITUDES

De acuerdo con la resolución No. 071 de 2014 y lo señalado en su artículo No. 7 *Radicación y trámite de peticiones*, toda petición radicada en la entidad es reasignada por la oficina Jurídica de la entidad a la dependencia responsable de proyectar la respuesta señalando de manera puntual el tipo de petición y el tiempo de respuesta. A partir de Octubre, los Derechos de Petición radicados en la entidad se derivan por el sistema ORFEO por parte de la oficina jurídica a la Gerencia para posteriormente ser direccionados al área encargada de su proyección. Se evidenció en la relación de derechos de petición llevada en la oficina Jurídica que de las peticiones, solicitudes respetuosas presentadas en la entidad, ninguna fue asignada directamente al proceso SIAU para proyectar respuesta.

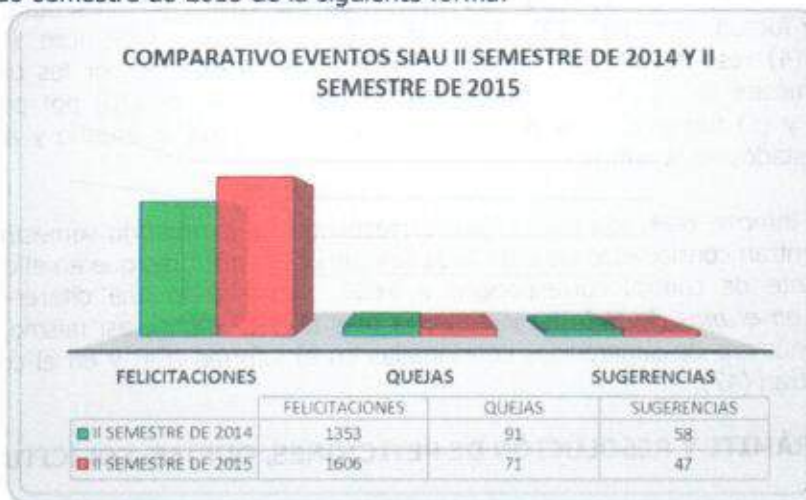
Por otro lado, al analizar la información que fue entregada en medio físico por parte de la coordinación del SIAU, respecto a la oportunidad en la respuesta dada a los usuarios que presentaron quejas se evidenció lo siguiente:



- ✓ Sobre las quejas direccionadas desde SIAU se evidenció lo siguiente: De 71 quejas que fueron presentadas por usuarios del hospital, a 68 quejas equivalente al 96,7% se le dio respuesta dentro de términos y a 3 quejas que representan el 3,3% restante se encuentran pendientes por respuesta dentro del término definido en la normatividad al momento de la auditoria.

COMPARATIVO EVENTOS SIAU II SEMESTRE DE 2014 Y II SEMESTRE DE 2015

- ✓ Se realizo comparativo de los eventos presentados en el SIAU en el segundo semestre de 2014 y en el segundo semestre de 2015 de la siguiente forma:



FUENTE: SIAU – E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Como se observa en el gráfico, el número de felicitaciones presentadas de un año a otro aumentó pasando de un total de 1353 a 1606, el número de quejas disminuyó en un 22% al pasar de 91 a 71 y el número de sugerencias se redujo en un 19% al pasar de 58 a 47 en total al cierre del semestre.

SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES

- ✓ Se evidenció que en las actas de apertura de buzón de sugerencias de los meses de Agosto a Diciembre de 2015 no se encuentran en el consolidado final el número de quejas interpuestas al cierre y levantamiento del acta respectiva. Se recomienda se deje su registro en acta una vez finalice la jornada.
- ✓ Se recomienda llevar un registro que permita establecer el medio de recepción de las quejas interpuestas por el usuario a través de los diferentes medios con los que cuenta la entidad (Buzón de sugerencias, página web, personal, telefónicamente, etc.), para llevar trazabilidad y medición en el uso de estas herramientas de recepción de PQR'S.
- ✓ Se recomienda continuar con lo definido en la resolución No. 137 de 2014 en su artículo 1.
Parágrafo 1.- "La respuesta a las quejas, reclamos y deberá producirse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación. La respuesta se enviará por el mismo medio por el que se recibió; salvo que una norma especial exija enviarla por otra fuente o con una formalidad especial", dando cumplimiento a los términos de respuesta definidos en la normatividad vigente evitando tutelas, procesos y/o sanciones que puedan ser emprendidas en contra de la entidad.

- ✓ Se recomienda continuar verificando permanentemente las manifestaciones presentadas por los usuarios de la entidad, especialmente en las áreas y/o servicios de clínicas quirúrgicas, clínicas médicas, enfermería (*se observó que en estos servicios se concentra el mayor número de quejas y por factor analizado*) así como en los demás, generando más controles al interior de estos, que contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos, la percepción y atención que tienen los usuarios en la prestación del servicio, las situaciones que puedan ocasionar la ocurrencia de eventos adversos y complicaciones en la seguridad del paciente y que puedan constituirse en demandas en contra de la entidad, el trato que se le brinde al usuario y/o familia; con respecto al segundo semestre del año anterior, se observó una disminución en el número de quejas presentadas del 22%.
- ✓ Se recomienda se revise la ley 1755 del 30/06/2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo", dentro de las normas internas de la entidad para su actualización y modificación si es el caso, conforme a lo establecido en la nueva normatividad. Así mismo el procedimiento respectivo.

RECOMENDACION GENERAL

Elaborar el plan de mejoramiento en el término no mayor a 10 días calendario, según resolución interna número 204 de 2015.

Cordial Saludo,

ORIGINAL FIRMADO

G. ESPERANZA ORTEGA PINILLA

Asesora de Control Interno
ESE Hospital San Rafael de Tunja

Proyectó: Jorge A. Chaparro

Revisó: G. Esperanza Ortega

Copia: Vía Outlook a los procesos involucrados y Subgerencias



TASA DE SATISFACCION GLOBAL 2015

TASA DE SATISFACCION		TASA DE SATISFACCION GLOBAL 2015												AÑO 2015					
		ENERO	FEBRERO	MARZO	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	IV TRIMESTRE	AÑO 2015	
					ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	IV TRIMESTRE		
URGENCIAS	URGENCIAS	91,80%	95,08%	98,36%	95,08%	100,00%	97,52%	97,51%	98,36%	91,80%	91,80%	100,00%	100,00%	100,00%	91,80%	95,08%	93,44%	93,44%	96,26%
APOYO	RADIOLOGIA	96,72%	96,72%	86,89%	93,44%	91,80%	81,97%	83,61%	86,89%	96,72%	93,44%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	91,80%	91,97%	91,97%	92,37%
DIAGNOSTIC	LABORATORIO	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
O	REHABILITACION	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	94,44%	91,05%	95,16%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
SERV.	CIRUGIA AMB	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	91,80%	100,00%	97,27%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,00%	100,00%	100,00%	100,00%
AMBULATOR	CONSULTA EXTERNA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	91,80%	91,80%	92,20%	100,00%	100,00%	95,08%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,08%	98,36%	98,36%	99,18%
UNIDAD DE	UCI NEONATAL	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
CUIDADO	UCI ADULTOS	100,00%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
INTENSIVO	UCI PEDIATRICA	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
CLINICAS	PEDIATRIA	95,24%	100,00%	100%	98,41%	97,25%	100%	97,47%	91,30%	95,24%	95,51%	100%	100%	95,71%	100%	96,57%	96,57%	97,04%	97,04%
MEDICAS	MEDICINA INT. 6TO	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	SUR	100,00%	100%	100%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	MED INT. 6TO NCIRT	100,00%	100%	100%	100,00%	100,00%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
CLINICAS	ESPECIALIDADES	90,91%	95,45%	100%	95,45%	100,00%	100%	97,14%	100%	90,91%	95,45%	100%	100%	97,71%	100%	97,71%	97,71%	97,71%	97,71%
QUIRURGICAS	CIRUGIA GENERAL	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	ORTOPEDIA	100,00%	96,81%	100%	99,68%	96,81%	99,68%	96,81%	99,68%	99,68%	98,94%	100%	100%	99,68%	100%	99,68%	99,68%	99,68%	99,68%
	GINECOBSTERICIA	100,00%	95,45%	100%	98,48%	86,82%	100,00%	95,61%	100%	100,00%	98,48%	100%	100%	94,98%	100%	96,81%	96,81%	97,65%	97,65%
TOTAL	HSRT	98,43%	96,72%	99,05%	96,74%	97,26%	97,65%	97,26%	97,25%	97,65%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%	98,31%
					98,74%			97,26%		98,31%				98,31%		98,31%		98,31%	98,31%
					98,74%			97,26%		98,31%				98,31%		98,31%		98,31%	98,31%

TS6 98,185%

ANEXO NUMERO 14



Construyendo Camino a la Excelencia

Tunja, Enero de 2016

Doctora:

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

En Su Despacho

Ref. Informe consolidado Buzón Cliente Interno

Respetada Doctora:

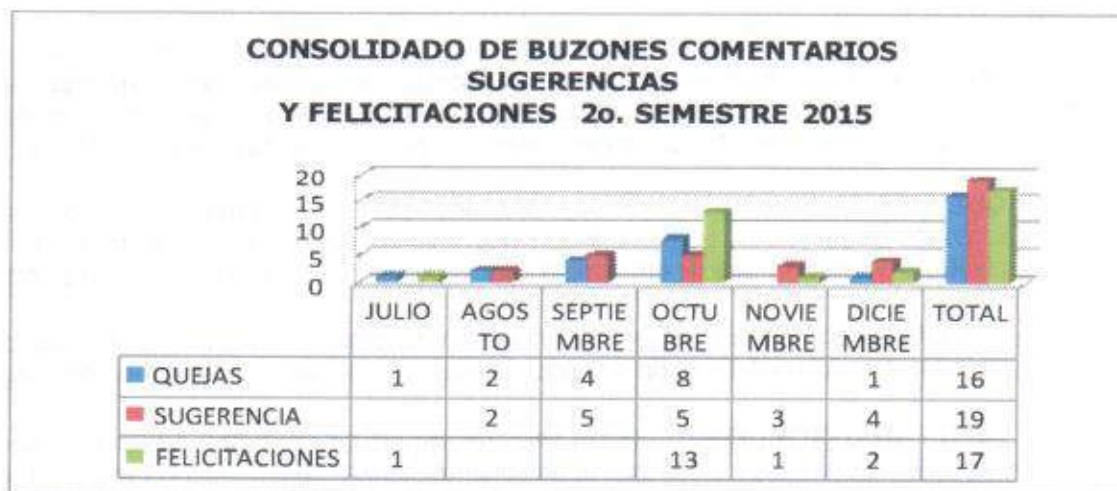
Remito informe buzones del cliente interno con corte a Diciembre 31 del 2015

INFORME VOZ DEL USUARIO BUZON CLIENTE INTERNO AÑO 2015

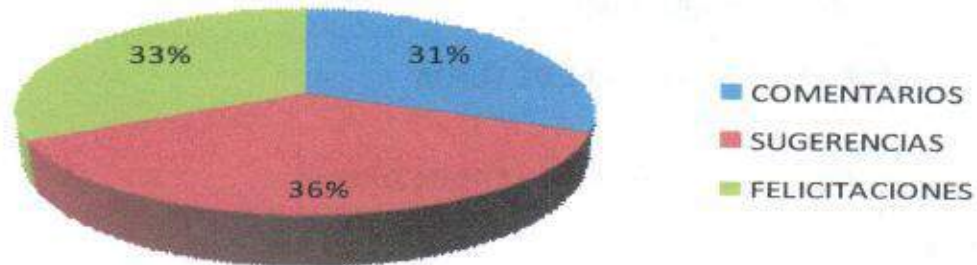
Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.

Estas manifestaciones se reciben a través de los diferentes medios que el HSRT dispone para tal fin, se relacionan, clasifican, analizan, radican y se envían a los respectivos jefes para gestionar la respuesta.

Los resultados de apertura de Buzones de Cliente Interno para el Segundo semestre del 2015, muestra lo siguiente.



PORCENTAJE DE PARTICIPACION

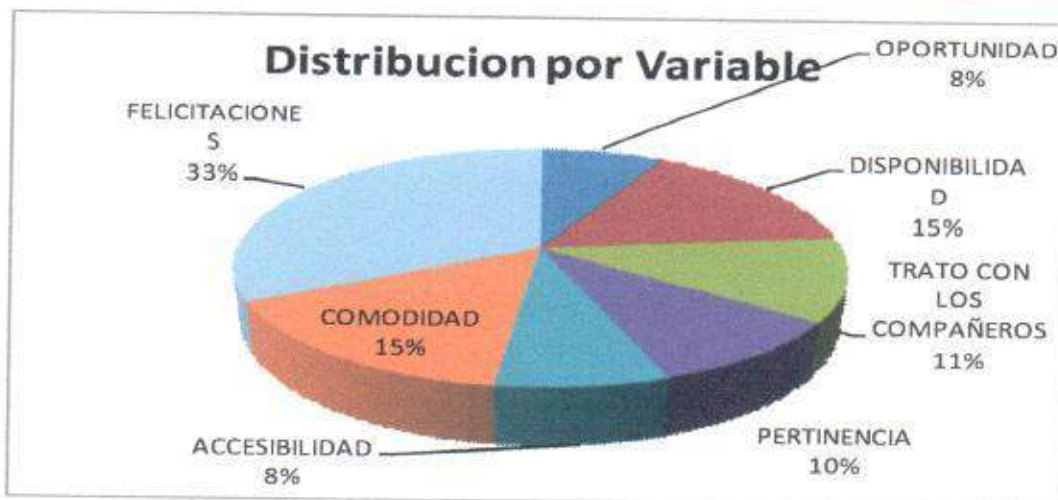


Se encontraron en los buzones un total de 52 formatos TH-PR-15 "identificación y respuesta de necesidades del cliente interno" manifestaciones de los usuarios internos, distribuidos de la siguiente manera:

DESCRIPCION	NUMERO	%
QUEJAS	16	31
SUGERENCIAS	19	36
FELICITACIONES	17	33
	52	100

Expresiones de los usuarios internos segundo semestre año 2015, Para el segundo semestre del año 2015 la Oficina de Talento Humano Proceso de Psicología Organizacional recibió un total de 52 formatos TH-PR-15 "identificación y respuesta de necesidades del cliente interno" manifestaciones de los usuarios internos, de las cuales el 36% (19) son sugerencias, el 33% (17) Felicitaciones y el 31% (16) quejas.

1. **QUEJAS O COMENTARIOS (31%):** se realizan por: mala actitud por parte del usuario o familiares del usuario con personal asistencial, muchos turnos, refrigerio trasnocho personal de planta, privacidad oficina de enfermería para el personal, siendo tramitadas en su totalidad.
2. **SUGERENCIAS (36%):** mejorar el refrigerio trasnocho personal planta, más personal para cubrir turnos, solicitud detalles fin de año anchetas, agilizar proceso asignación de camas.
3. **FELICITACIONES (33%):** Día del niño, detalle día de la mujer, celebración día de la enfermería. Por dotación de uniformes al personal asistencial como administrativo, detalles día de la mujer y del hombre mejoras en las unidades funciones, actividades de bienestar, fiesta de integración y detalle fin de año.



Seguido encontramos los comentarios por variables:

TRATO:

- ❖ Actitud no adecuada de los usuarios hacia personal asistencial.
- ❖ Trato de personal jefe de enfermería al auxiliar.

ACCESIBILIDAD: Se refiere a equipos, insumos o servicios como:

- ❖ Falta de computadores en los servicios con internet para participar en las encuestas y a los sistemas de información de la institución.
- ❖ Variedad de productos en cafetería.
- ❖ Premios por participación en concurso de pesebres y arreglos navideños.
- ❖ Adecuación de un lugar de descanso para el personal Auxiliar de enfermería de uci adulto.

DISPONIBILIDAD:

- ❖ Recurso humano para cumplimiento de las labores (Personal Asistencial).
- ❖ Insumos faltantes de farmacia en los servicios.

Elaboró: **OSIAS VALENCIA PEREA**
Psicólogo Organizacional

Revisó: **GLADYS ALBA GUIO**
Coordinación Talento Humano



ANEXO NUMERO 15



Construyendo Camino a la Excelencia

MEMORANDO EXTERNO

DE : DIRECTORA TÉCNICA DE PRESTACION DE SERVICIOS
 PARA : GERENTES/REPRESENTANTES LEGALES DE IPS PUBLICAS Y
 PRIVADAS y EMPRESAS DE TRASLADO DE PACIENTES
 ASUNTO : REMISION RESULTADO IMPLEMENTACION DE LAS BUENAS
 PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OBLIGATORIAS EN EL
 SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN
 FECHA : 10 DE NOVIEMBRE DE 2015
 CIUDAD : TUNJA

Respetados (as) Doctores (as) :

Por medio del presente, me permito remitir el resultado obtenido por su entidad en cuanto a la Implementación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente Obligatorias en el Sistema Único de Habilitación, de acuerdo a la información suministrada en la visita de campo realizada por las funcionarias designadas por esta Entidad y en aplicación de la Lista de chequeo elaborada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social (actualización agosto de 2014).

Para la calificación obtenida se tuvieron en cuenta los siguientes rangos:

VALORES OBTENIDOS	CALIFICACION
Entre 0 a 20	MUY DEFICIENTE
Entre 21 a 40	DEFICIENTE
Entre 41 a 60	REGULAR
Entre 61 a 80	BUENO
Entre 81 a 100	EXCELENTE

A Cada criterio evaluado se le asigno el mismo peso por ser un criterio obligatorio según la Res 2003/2014

Al respecto, se hace necesario que su entidad adelante las acciones de mejora pertinentes para lograr la implementación en su totalidad de las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente ya que las mismas fueron incluidas mediante la resolución 2003 de 2014 como Obligatorias dentro de las Condiciones Técnico-Científicas que debe garantizar el Prestador de Servicios de Salud.

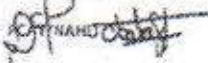
Se adjunta en medio magnético el resultado obtenido por cada Entidad, fecha de evaluación y evaluador asignado.

Cordial saludo,


LUCY ESPERANZA RODRIGUEZ PEREZ

Directora Técnica Prestación de Servicios de Salud
 Secretaría de Salud de Boyacá

Proyectó



CONSOLIDADO VISITA SEGUIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION
 IPS: **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

ITEM	CODIGO HABILITACION	190010038/01
	QUEEN VISITA:	LAURA RODRIGUEZ
	FECHA VISITA:	13/05/2015
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos		14,06
a. Plataforma Estratégica de la Seguridad		4,69
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)		1
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad		1
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar eficientemente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de la calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)		1
b. Fortalecimiento de la Cultura institucional		1,66
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)		1
c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos		3,13
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		1
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, este análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad		1
d. Procesos Seguros		4,69
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales prioritarios		1
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales prioritarios		0
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales prioritarios		0
-A institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que aborde con mayor frecuencia en cada servicio.		1

**CONSOLIDADO VISITA SEGUIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA UNICO DE HABILITACION**

IPSS:

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que se apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la institución y por servicio.	1
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	1,56
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las Guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que se apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	1
La Institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Rehabilitación y que se apliquen	0
3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	25,00
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	1
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos como por ejemplo Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	1
Protocolo de vengapunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	1
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado	1
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	1
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	1
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITI) y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	1

CONSOLIDADO VISITA SEGUIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION
IPS: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TURJA

Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	1
4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	10.94
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	1
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	0
Proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	1
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los diferentes servicios, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico	1
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	0
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	1
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	0
5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	4.69
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o plé de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación	1
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	0
Uso de manillas de marcación en los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental	1
6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	3.13
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1

**CONSOLIDADO VISITA SEGUIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE
 LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION
 IPS: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

<p>Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de iniciar al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano por que se va a operar y el conteo de los instrumentos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (bóloos)</p>	1
7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAIDAS	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	6,25
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del paciente que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	1
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adaptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	1
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	1
8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1,58
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	1
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adaptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene	0
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	0
9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BIONOMIO MADRE HIJO	
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	0,38
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prenatal a la gestante sin exposición a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios	1
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prenatal de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	0
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prenatal de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica	1

**CONSOLIDADO VISITA SEGUIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE
LISTA DE CHEQUEO PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBLIGATORIAS EN EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION
IPS: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	1
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	1
10. PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA	4,69
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.	1
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional	1
Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de infecciones transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos	0
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica	1

TOTAL ESCALA 0-100

81,25

RESULTADO EVALUACION

EXCELENTE

CONVENCIONES: 1; CUMPLE 0; NO CUMPLE NA; NO APLICA

Recomendaciones: Se sugiere desarrollar por parte de la institución un Programa de Seguridad del Paciente que permita integrar no solo al cliente interno sino al asegurador y cliente externo con el objeto de articular estrategias que minimicen los riesgos asociados a la atención en salud para evitar los eventos adversos así como propender por su identificación y gestión adecuada.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
OFICINA DE CALIDAD

INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DEL ENF-PT-17 PROTOCOLO
MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015
BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN
Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAIDAS

TUNJA
DICIEMBRE
2015



INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DEL ENF-PT-17 PROTOCOLO MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

1. FECHA DE REALIZACIÓN

La aplicación de ENF-F-81 la LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS fue realizada durante los meses de septiembre a noviembre de 2015, por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo del servicio de enfermería y SERVIINTE y estudiante de enfermería Omar Rey UniLLanos.

2. ALCANCE

Aplica para los registros asistenciales de todos los servicios de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja del año 2015

3. LUGAR DE REALIZACIÓN

Servicios asistenciales de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

4. OBJETIVOS

Efectuar seguimiento a la aplicación de las Barreras de Seguridad de las Buenas prácticas del **ENF-PT-17 PROTOCOLO MINIMIZACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS** en la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

5. METODOLOGÍA

- 5.1.** Revisión del Paquete instruccional de la buena práctica para la seguridad del paciente: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- 5.2.** Realización de autoevaluación de la buena práctica para la seguridad del paciente: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. en el formato CA-F-83 de acuerdo con las recomendaciones de la Guía técnica buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud
- 5.3.** Ajuste y actualización del **ENF-PT-17 Protocolo minimización del riesgo de caídas** de la ESE Hospital San Rafael de Tunja y de la ENF-F-81 la lista de chequeo aplicación protocolo prevención de caídas en pacientes hospitalizados
- 5.4.** Diseño y aplicación a través de la plataforma virtual de la institución con el curso virtual **CAPACITACION SOBRE LA BUENA PRÁCTICA "Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas"**.

5.5. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA



El tamaño de la muestra se calculo en Excel, se trabajo con un nivel del confianza del 95%,error de 8% para un total de 149 listas de chequeo a revisar.

MUESTREO IDENTIFICACION PACIENTE	
UNIVERSO	12500
ERROR	8%
NIVEL DE CONFIANZA	95%
PREVALENCIA	50%
MUESTRA	149

Fuente: Oficina de calidad-epidemiologia

5.7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de evaluación aplicado fue el definido en conjunto por calidad y el grupo designado a la Buena Practica y coordinación de Enfermeria del Hospital San Rafael de Tunja.



ITEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1. La escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias (formatos ENF-F-70 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE ADULTO/ENF-F-128 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE PEDIÁTRICO se encuentra correcta y completamente diligenciada				
2. El registro de la clasificación del riesgo en el formato ENF-F-70 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE ADULTO/ENF-F-128 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE PEDIÁTRICO coincide con lo consignado en tablero individual del paciente.				
3. El registro de la clasificación del riesgo en la escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias (formatos ENF-F-70 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE ADULTO/ENF-F-128 ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS PACIENTE PEDIÁTRICO coincide con lo consignado en la manilla de identificación del paciente				
4. En caso de cambio de la condición clínica del paciente durante la estancia, se aplicó la escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias?				
5. En pacientes con estancia prolongada (> a un mes) se aplicó la escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias (esta registrado en la historia clínica)?				
6. La cama o camilla se encuentra en posición lo más baja posible y con los frenos en funcionamiento?				
7. Le informaron a ud y/o a su familiar sobre el uso de elementos tales como: barandas, sillas de ruedas, sillas pata, escalerillas, entre otros?				
8. La información suministrada sobre las medidas preventivas para evitar riesgo de caídas fue entendible?				
9. En caso de ser trasladado a otro servicio para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en el momento del paso de la cama a la camilla, silla de ruedas y/o viceversa, usted se sintió seguro?				
10. Usted y/o su familiar al ingreso al servicio recibieron información sobre la planta física, ubicación del baño y de la habitación, entre otros.				
11. Le indicaron sobre la ubicación el timbre de llamado y los interruptores de luz y le explicaron acerca de su correcto uso.				
12. Le informaron acerca del uso de las barandas en las camas				
13. Le explicaron que en caso de deambulación por el servicio debía permanecer acompañado, y con las medidas de precaución para ir al baño				
14. Fue informado a cerca del riesgo de caída (según resultado clasificación riesgo) y las medidas de prevención a adoptar?				
15. Durante la noche hay visibilidad permanente en la habitación?				
16. Le explicaron a cerca del manejo de venoclisis, sondas, oxigenoterapia, con el fin de disminuir el temor al momento de movilizarse?				
17. El paciente clasificado con riesgo alto de caída es identificado en el tablero individual y en la manilla de identificación, registrando la letra A.?				
18. En caso de requerir inmovilización terapéutica, el personal que lo atiende le brindó la información relacionada?				
19. Para paciente clasificado como alto riesgo se encuentra con acompañamiento permanente por parte de un familiar y le fue informando sobre el riesgo de caídas?				

Aplicación de la ENF-F-81 la lista de chequeo aplicación de protocolo prevención de caídas en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Esta fue realizada durante los meses de septiembre a noviembre de 2015, por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo del servicio de enfermería y SERVINTE, estudiante de internado de enfermería Unillanos. Efectuada mediante verificación en la historia Clínica, Observación en los servicios y entrevista al el paciente y su familia.

5.8. METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

La calificación de la lista de chequeo de la muestra se realizo por las Lideres de Habilitación y PAMEC de la oficina de Calidad de la ESE Hospital San Rafael de Tunja. En el caso se proyectaron 19 items con las variables establecidas de cumple, no cumple y no aplica.

6. RESULTADOS

6.1. Una vez consolidados los datos correspondientes a cada pregunta se identifican características comunes con fines metodológicos de análisis y se determina el porcentaje de adherencia para así poder establecer las necesidades de intervención de mejoramiento.

La adherencia se establece a través de la medida de los registros establecidos como formato de clasificación del riesgo , tablero y manilla; la información dada y la percepción del usuario sobre el riesgo de caídas en los traslados, las barreras establecidas por los colaboradores en pacientes de alto riesgo, la aplicación de medidas preventivas como la altura de las camas y camillas, estado de los frenos y la intensidad lumínica de las habitaciones.

Para la realización de adherencia al procedimiento se hace a través del monitoreo de los indicadores propuestos a continuación, cabe mencionar que estos son la resultante de las recomendaciones dadas en la guía de la buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud.

No de pacientes en quienes se cumplió el protocolo de minimización del riesgo de caídas /
Total de pacientes de la muestra X 100.

$$90/149*100= 60.5\%$$

(Como fuente de la información para este indicador es la lista de chequeo ENF-F-81 la LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROTOCOLO PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, verificación aplicación del Protocolo ENF-PT-17 minimización del riesgo de caídas de la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

6.2. Porcentaje de incidentes o eventos asociados a fallas en la identificación del pacientes:

Caídas desde su propia altura intra – institucional: Resolución Número 1446 de 8 de mayo de 2006.



NOMBRE INDICADOR / DATO	NUMERADOR	DENOMINADOR	NIVEL DE DESAGREGACIÓN	FORMULA DE CALCULO	UNIDAD DE MEDICIÓN	FACTOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	AJUSTE POR RIESGO	UMBRAL DE DESEMPEÑO ACEPTABLE	ESTANDAR META
Porcentaje de adherencia al protocolo ENF-PT-17 minimización del riesgo de caídas de la ESE Hospital San Rafael de Tunja	pacientes en quien se cumple el procedimiento ENF-PT-17	Total de pacientes de la muestra	NINGUNO	Divide el numerador entre el denominador	porcentaje	100	ENF-F-81 la LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADO 5.2015	Total de egresos hospitalarios	Semestral	Calidad	No requiere	Menor 95%	Mayor 95%
Caídas desde su propia altura intra - institucional RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 6 MAYO DE 2009	Numero	NO APLICA	NINGUNO	NO APLICA	NUMERO	NO APLICA	Base de datos de reporte de eventos relacionados con la atención del	NO APLICA	Mensual	CALIDAD SEGURIDAD DEL PACIENTE		<2.1	2.1

RESULTADO:

Para el segundo semestre del año 2015 se obtienen los siguientes resultados:

FALTA CUADRO DE RESULTADO

6.3. Porcentaje de cumplimiento discriminados por ítem evaluado

Para el presente análisis se agruparon los 19 ítems propuestos y evaluados en 6 grupos que permiten valorar la característica relacionada con la adherencia a la buena práctica tales como la valoración y el registro en el formato, el tablero y la manilla; la reclasificación del riesgo tanto por el cambio de las condiciones del paciente como por estancia prolongada; medidas de prevención aplicadas frente al riesgo relacionada con condiciones de posición de la cama lo más baja posible, estado de los frenos, intensidad lumínica nocturna; información dada al paciente y la familia relacionada con las barandas, medidas preventivas, planta física, ubicación del baño, ubicación del timbre, interruptor de luz, requisito para deambular en el servicio, clasificación obtenida del riesgo y medidas adoptadas para prevenir el riesgo de caídas; Percepción de seguridad por parte de los pacientes frente a los traslados del paciente y finalmente las medidas adoptadas por los colaboradores frente a la seguridad de los pacientes clasificados como alto riesgo .

Para los efectos anexo cuadro del número de pacientes estudiados y porcentajes de alcance en cada pregunta.

CUADRO NÚMERO DE PREGUNTAS Y RELACIÓN DE RESPUESTA. ENF-F-81 la LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 2015.

No DE PREGUNTAS Y RELACIÓN DE RESPUESTAS				
PREGUNTA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL
1	90	59	0	149
2	129	18	2	149
3	116	23	10	149
4	32	7	110	149
5	30	8	111	149
6	130	13	6	149
7	101	43	5	149
8	97	46	6	149
9	119	3	27	149
10	101	39	9	149
11	39	43	67	149
12	104	34	11	149
13	101	14	34	149
14	97	47	5	149
15	104	41	4	149
16	90	46	13	149
17	112	16	21	149
18	36	13	100	149
19	85	20	44	149

Fuente: Base de datos ENF-F-81 lista caídas única

CUADRO PORCENTAJE DE ALCANCE A LAS PREGUNTAS Y RELACIÓN DE RESPUESTA. ENF-F-81 la LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 2015.



No DE PREGUNTAS Y PORCENTAJE DE ALCANCE DE LAS RESPUESTAS				
PREGUNTA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL
1	60,5	39,5	0	100%
2	86,8	12	1,2	100%
3	77,8	15,6	6,6	100%
4	21,6	21	57,4	100%
5	20,4	5,4	74,2	100%
6	87,4	8,4	4,2	100%
7	67,7	28,7	3,6	100%
8	65,3	31,1	3,6	100%
9	80,2	1,8	18	100%
10	67,7	26,3	6	100%
11	26,2	29	44,8	100%
12	70,1	22,7	7,2	100%
13	67,7	9,6	22,7	100%
14	65,3	31,1	3,6	100%
15	70,1	27,5	2,4	100%
16	60,5	30,5	9	100%
17	75,4	10,8	13,8	100%
18	24	8,4	67,6	100%
19	56,9	13,8	29,3	100%

Fuente: Base de datos ENF-F-81 lista caídas única

RESULTADOS

- 6.3.1. CUADRO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LOS REGISTROS DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN EL FORMATO ESTABLECIDO, EL TABLERO Y LA MANILLA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

REGISTRO DEL RIESGO: FORMATO, TABLERO, MANILLA			
VARIABLE	1. La escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias se encuentra correcta y completamente diligenciada	2. El registro de la clasificación del riesgo coincide con lo consignado en tablero individual del paciente	3. El registro de la clasificación del riesgo en La escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias coincide con lo consignado en la manilla de identificación del paciente
CUMPLE	60.5	86.8	77.8
NO CUMPLE	39.5	12	15.6
NO APLICA	0	1.2	6.6
TOTAL	100	100	100

Fuente: Base de datos ENF-F-81 lista caídas única

En un 60.5% de los pacientes valorados hay adherencia al diligenciamiento del formato ENF-F-70 escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias paciente adulto/enf-f-128 escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias paciente pediátrico.

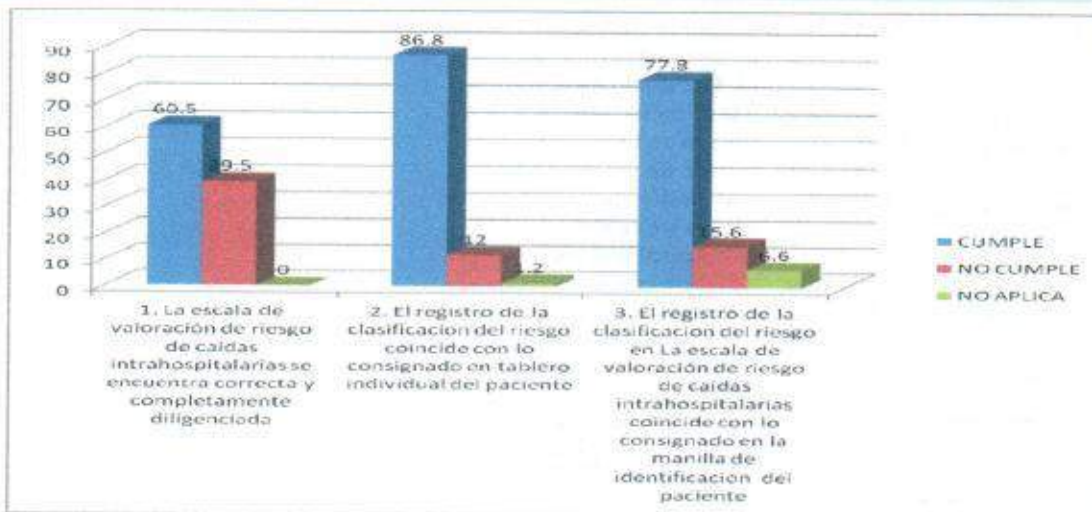
Las fallas se relacionaron con : el diligenciamiento incompleto en la sumatoria, el no establecimiento del tipo de riesgo, el cambio y la no reclasificación .

En promedio el registro del riesgo de caídas, esta dado en un 75.3%. Quiere decir que más del 50% de las personas diligencian correctamente el formato y traducen la información en el tablero y la manilla.

El mayor porcentaje de adherencia en registro se evidencia en los tableros individuales de los pacientes en un 86.8% de cumplimiento. El incumplimiento estuvo relacionado en que no coincidía lo registrado en el formato a lo registrado en el tablero. Pero lo escrito en el tablero coincidía con el riesgo del paciente. Y es que en el formato no registraban el riesgo.

GRAFICA MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LOS REGISTROS DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN EL FORMATO ESTABLECIDO, EL TABLERO Y LA MANILLA.E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.





Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única.

6.3.2. CUADRO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR (CONDICIÓN CLÍNICA, ESTANCIA PROLONGADA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

VARIABLE	4. En caso de cambio de la condición clínica del paciente durante la estancia, se aplicó la escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias?	5. En pacientes con estancia prolongada (> a un mes) se aplicó la escala de valoración de riesgo de caídas intrahospitalarias (esta registrado en la historia clínica)?
CUMPLE	21.6	20.4
NO CUMPLE	21	5.4
NO APLICA	57.4	74.2
TOTAL	100	100

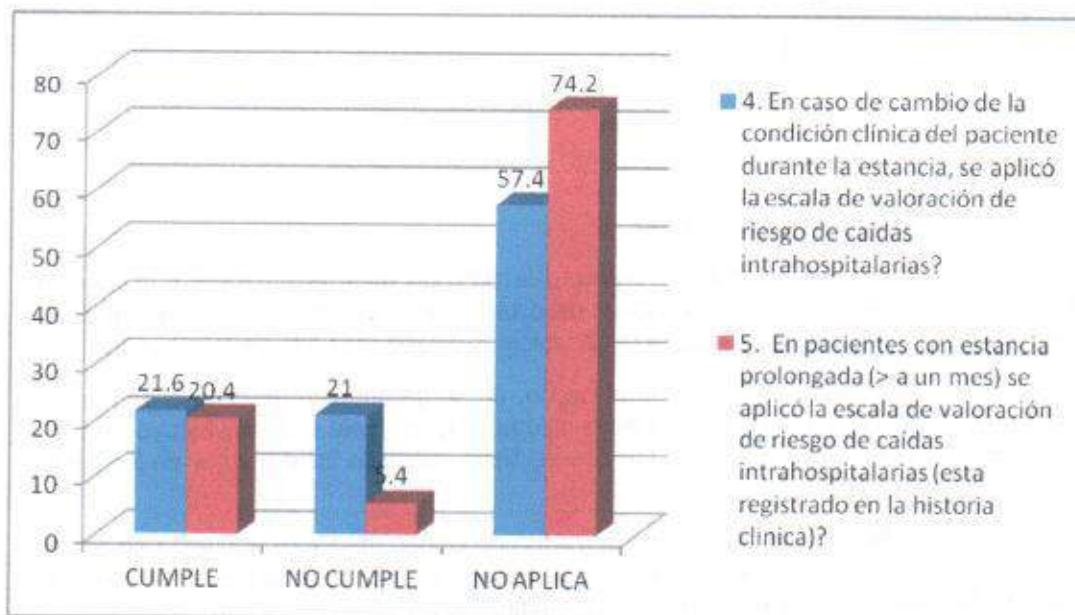
Fuente: Base de datos ENF-F-81 lista caídas única.

En más del 50% de los pacientes valorados esta variable no aplicaba, dado que eran pacientes sin estancia prolongada y sin cambios en su estado clínico.

Del 100% de los pacientes en quienes se puede calificar la pregunta 4. Se diría que el cumplimiento fue de 82% (32 pacientes de un total de 39) Y del 100% de los pacientes en quienes se puede calificar la pregunta 5 se diría que el cumplimiento fue del 79%. (30 pacientes de un total de 38)

Se detecta un 21% de incumplimiento en la reclasificación y un 5.4% en pacientes con estancia prolongada.

GRAFICA MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR (CONDICIÓN CLÍNICA, ESTANCIA PROLONGADA .E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

6.3.3. CUADRO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN APLICADAS FRENTE AL RIESGO RELACIONADO CON POSICIÓN DE LAS CAMAS LO MÁS BAJA POSIBLE, EL ESTADO DE LOS FRENOS Y LA INTENSIDAD LUMÍNICA NOCTURNA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS

VARIABLE	6. La cama o camilla se encuentra en posición lo más baja posible y con los frenos en funcionamiento?	15. Durante la noche hay visibilidad permanente en la habitación mediante el uso de las luces de piso?
CUMPLE	87.4	70.1
NO CUMPLE	8.4	27.5
NO APLICA	4.2	2.4
TOTAL	100	100

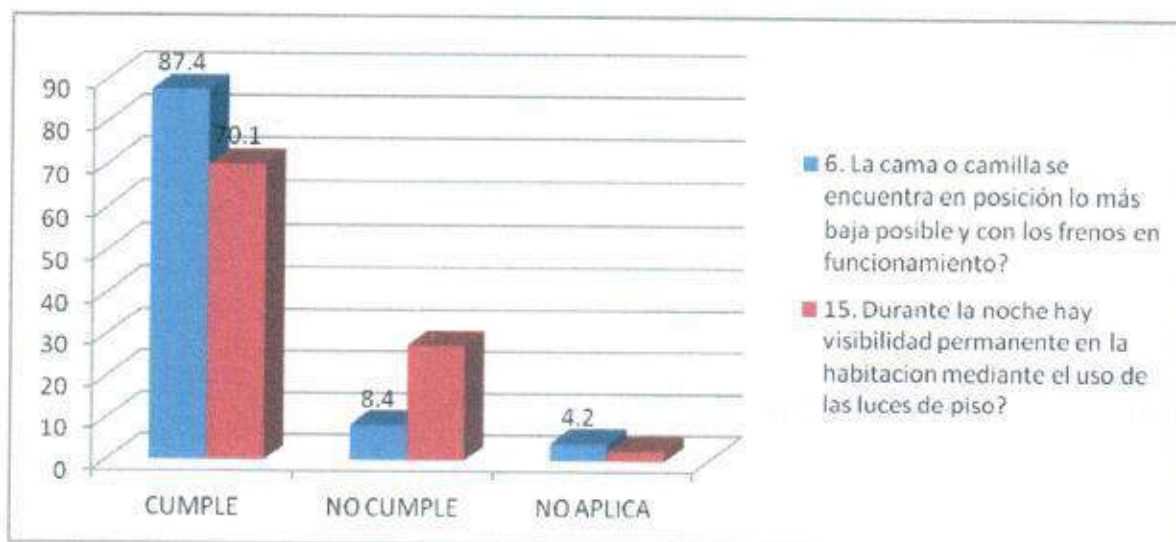
Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

Un 87.4% de las camillas observadas cumplieron frente a la posición más baja posible y el funcionamiento de los frenos de las mismas. Las observaciones detectadas se relacionaron con el hecho de que algunas camas no tenían frenos puestos o la altura de las mismas estaba más alta de lo requerido.

Un 70.1% de los pacientes valorados cumplen con el hecho, de se garantiza la visibilidad permanente con luces de piso en las habitaciones, hay un 27.5% de incumplimiento. Este hallazgo estuvo más relacionado con los pacientes valorados en el tercero sur que no tiene instalado luz de piso y en los pacientes ubicados en área de expansión.

Una adherencia de un 78.8% frente a la prevención de riesgo de caídas mediante la puesta en práctica de la distancia de la cama al piso, el uso de los frenos en las mismas y la intensidad lumínica como factores relacionados con las barreras para la prevención de caídas.

GRÁFICO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN APLICADAS FRENTE AL RIESGO RELACIONADO CON POSICIÓN DE LAS CAMAS LO MÁS BAJA POSIBLE, EL ESTADO DE LOS FRENOS Y LA INTENSIDAD LUMÍNICA NOCTURNA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

6.3.4. CUADRO RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN DADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA RELACIONADA CON LAS BARANDAS, MEDIDAS PREVENTIVAS, PLANTA FÍSICA, UBICACIÓN DEL BAÑO, UBICACIÓN DEL TIMBRE, INTERRUPTOR DE LUZ, REQUISITO PARA DEAMBULAR EN EL SERVICIO, CLASIFICACIÓN OBTENIDA DEL RIESGO Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

INFORMACIÓN DADA AL PACIENTE Y FAMILIAR ACERCA DE:								
VARIABLE	7. Uso de: barandas, sillas de ruedas, sillas pata, escalerillas, entre otros?	8. Medidas preventivas para evitar riesgo de caídas fue entendible?	10. La planta física, ubicación del baño y de la habitación, entre otros.	11. Ubicación y uso correcto del timbre de llamado, interruptores de luz.E	12. Uso de las barandas en las camas	13. permanecer acompañado, y con las medidas de precaución para ir al baño	14. Clasificación obtenida del riesgo de caída y las medidas de prevención a adoptar?	16. manejo de venoclisis, sondas, oxigenoterapia,
CUMPLE	67.7	65.3	67.7	26.2	70.1	67.7	65.3	60.5
NO CUMPLE	28.7	31.1	26.3	29	22.7	9.6	31.1	30.5
NO APLICA	3.6	3.6	6	44.8	7.2	22.7	3.6	9
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

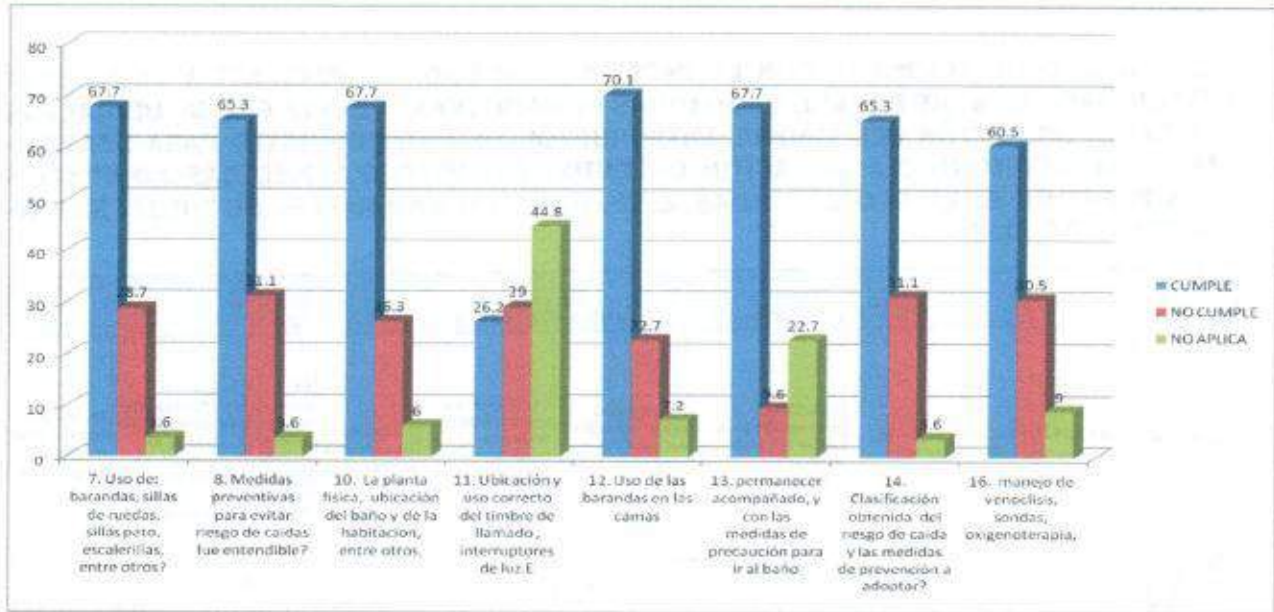
En promedio el cumplimiento frente a la información dada al paciente y la familia se da en un 61.1%, el promedio más bajo es el relacionado con la pregunta No 11. Información relacionada con la ubicación y uso correcto del timbre de llamado y el uso de los interruptores de luz. Este hallazgo se relaciona con el hecho de que una alto porcentaje de los pacientes valorados se encontraban en el servicio de urgencias o en áreas de expansión, desprovistas de timbres de llamado y de interruptores de luz al alcance de los pacientes.

Más del 67. % de los pacientes entrevistados dicen fueron informados del uso de las barandas, las sillas de ruedas, las escalerillas, medidas de precaución para ir al baño .

Un 65% comenta que le explicaron su clasificación del riesgo de caída y un 60.5% sobre el manejo de la venoclisis, las sondas y las cánulas de oxígeno.

Es importante garantizar el suministro de la información al paciente y la familia, hecho que se convierte en la barrera más importante en la prevención de caídas del mismo. Lo cual se traduciría en una de las principales barreras para prevenir este tipo de evento adverso. Y una de las necesidades más importantes a intervenir ya que se hace necesario informar, educar y dejar evidencia de este tipo de actividades que aportan para la Acreditación un significativo impacto de cultura de seguridad del paciente y transformación cultural institucional.

GRÁFICO RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN DADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA RELACIONADA CON LAS BARANDAS, MEDIDAS PREVENTIVAS, PLANTA FÍSICA, UBICACIÓN DEL BAÑO, UBICACIÓN DEL TIMBRE, INTERRUPTOR DE LUZ, REQUISITO PARA DEAMBULAR EN EL SERVICIO, CLASIFICACIÓN OBTENIDA DEL RIESGO Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

6.3.5. CUADRO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO RELACIONADA CON LA SEGURIDAD EN LOS TRASLADOS FRENTE AL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.

PERCEPCIÓN DEL USUARIO FRENTE A TRASLADOS	
VARIABLE	9. En caso de ser trasladado a otro servicio para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en el momento del paso de la cama a la camilla, silla de ruedas y/o viceversa, usted se sintió seguro?
CUMPLE	80.2
NO CUMPLE	1.8
NO APLICA	18
TOTAL	100

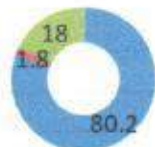
Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

Un 80.2% de los pacientes entrevistados dicen que se sienten seguros en los traslados en el paso de la cama a la camilla, silla de ruedas y viceversa. Un 1.8% consideran que no y se relaciono con los golpes que sufren las camillas en el momento del traslado.

Un 18% de los pacientes entrevistados no fueron trasladados a ningún servicio y por esta razón no aplica.

GRAFICO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO RELACIONADA CON LA SEGURIDAD EN LOS TRASLADOS FRENTE AL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.

9. En caso de ser trasladado a otro servicio para la realización de procedimientos diagnosticos o terapeuticos en el momento del paso de la cama a la camilla, silla de...



■ CUMPLE
■ NO CUMPLE
■ NO APLICA

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

6.3.6. CUADRO RELACIONADO CON MEDIDAS ADOPTADAS EN PACIENTES CLASIFICADOS COMO ALTO RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE DE 2015.



MEDIDAS ADOPTADAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE CAÍDAS.

VARIABLE	17. El paciente clasificado con riesgo alto de caída es identificado en el tablero individual y en la manilla de identificación, registrando la letra A.?	18. En caso de requerir inmovilización terapéutica, el personal que lo atiende le brindó la información relacionada?	19. Para paciente clasificado como alto riesgo se encuentra con acompañamiento permanente por parte de un familiar y le fue informando sobre el riesgo de caídas?
CUMPLE	75.4	24	56.9
NO CUMPLE	10.8	8.4	13.8
NO APLICA	13.8	67.6	29.3
TOTAL	100	100	100

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

En la evaluación de las medidas adoptadas para la identificación de los pacientes clasificados como alto riesgo, se observan porcentajes significativos de no aplica, esto se relaciona con el hecho de que un gran número de ellos no requería inmovilización, ni acompañamiento permanente.

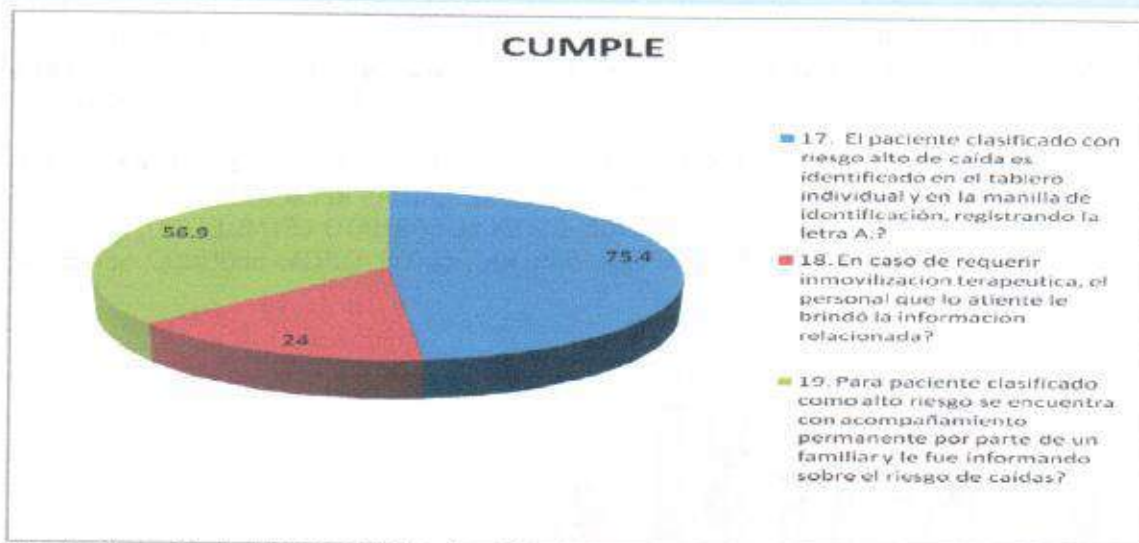
Es importante destacar que en el 75% de los pacientes estudiados y catalogados como de alto riesgo tienen registrada la clasificación de riesgo alto en el tablero individual y en la manilla. El 10.8% restante está relacionado con la falta de registro del riesgo en la manilla o con el tamaño de la circunferencia de la mano muy delgado que al colocar la manilla quedaba tapado el registro del riesgo.

Del 100% de los pacientes clasificados como alto riesgo un 56.9% contaban con acompañante. En tanto 13.8% no, lo que origina mayor despliegue de acciones de enfermería con estas personas para evitar un evento de calidad relacionado con la atención.

Más del 67% de las personas valoradas no requerían inmovilización terapéutica. Pero del total de quienes debería cumplir con dicha práctica que serían 49 personas, 13 no la cumplirían que equivaldría a un 26.5% de no cumple. La información oportuna a la familia sobre las medidas a tomar en consideración de la seguridad del paciente es fundamental para lograr la cooperación de la familia y la disminución de mala percepción de la atención.

GRÁFICO RELACIONADO CON MEDIDAS ADOPTADAS EN PACIENTES CLASIFICADOS COMO ALTO RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE DE 2015





Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

7. COMPORTAMIENTO POR SERVICIOS

7.1.1. CUADRO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LOS REGISTROS DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN EL FORMATO ESTABLECIDO, EL TABLERO Y LA MANILLA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

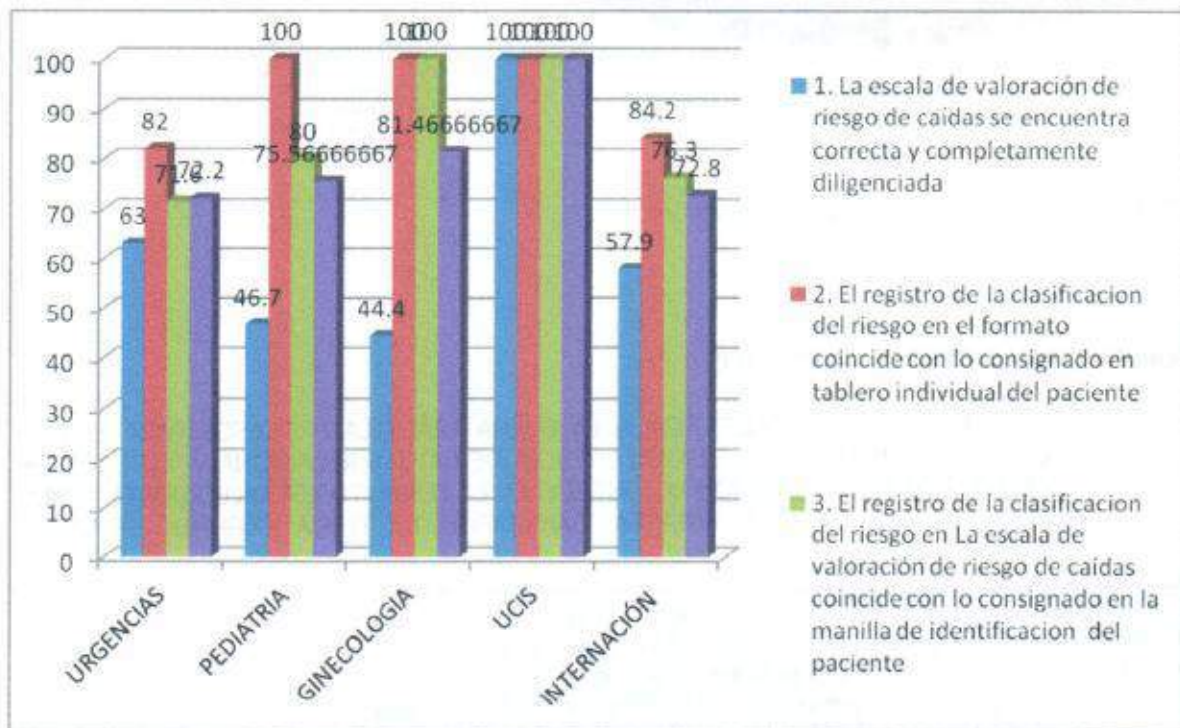
VARIABLE	1. La escala de valoración de riesgo de caídas se encuentra correcta y completamente diligenciada	2. El registro de la clasificación del riesgo en el formato coincide con lo consignado en tablero individual del paciente	3. El registro de la clasificación del riesgo en La escala de valoración de riesgo de caídas coincide con lo consignado en la manilla de identificación del paciente	ALCANCE
URGENCIAS	63	82	71.6	72.2
PEDIATRIA	46.7	100	80	75.5666667
GINECOLOGI	44.4	100	100	81.4666667
UCIS	100	100	100	100
INTERNACIÓ	57.9	84.2	76.3	72.8

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única



El servicio más destacado frente a registros fue el de las Unidades de Cuidado intensivo con un alcance de 100%. En el servicio de urgencias fue donde se encontró más bajo el cumplimiento 72.2% no muy lejano esta el servicio de internación donde se agruparon varios procesos de diferentes especialidades.

7.1.2 GRAFICO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LOS REGISTROS DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN EL FORMATO ESTABLECIDO, EL TABLERO Y LA MANILLA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

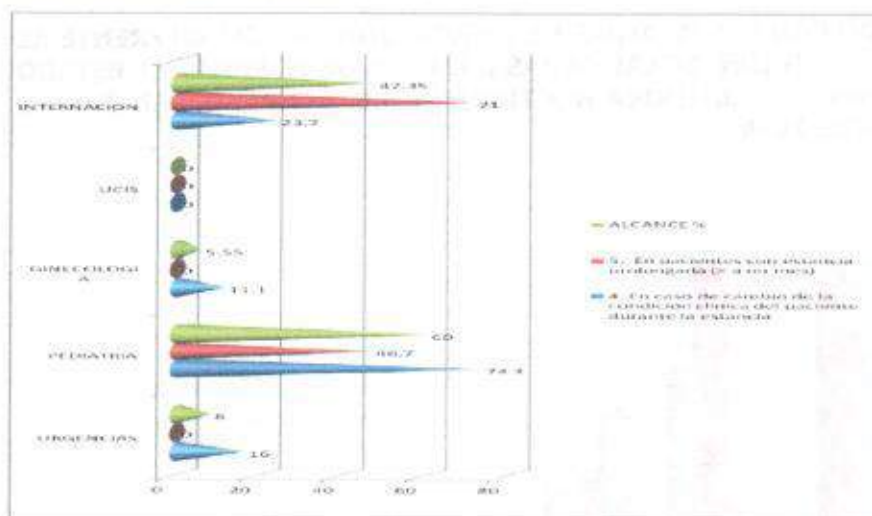
7.2.1 CUADRO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR (CONDICIÓN CLÍNICA, ESTANCIA PROLONGADA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

VARIABLE	4. En caso de cambio de la condición clínica del paciente durante la estancia	5. En pacientes con estancia prolongada (> a un mes)	ALCANCE %
URGENCIAS	16	0	8
PEDIATRIA	73.3	46.7	60
GINECOLOGI	11.1	0	5.55
UCIS	0	0	0
INTERNACIÓ	23.7	71	47.35

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

Preguntas con un alto porcentaje de no cumple, dado que en los servicios de urgencias y ginecoobstetricia no tiene pacientes de estancia prolongada. No se podría concluir que no hay adherencia en esta práctica sino que los pacientes valorados en su gran mayoría no aplicaban para poder medir esta característica.

7.2.2 GRAFICO MEDICIÓN ADHERENCIA A LA BUENA PRÁCTICA PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS RELACIONADA CON LA RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO POR (CONDICIÓN CLÍNICA, ESTANCIA PROLONGADA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

7.3.1 CUADRO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN APLICADAS FRENTE AL RIESGO RELACIONADO CON POSICIÓN DE LAS CAMAS LO MÁS BAJA POSIBLE, EL ESTADO DE LOS FRENOS Y LA INTENSIDAD LUMÍNICA NOCTURNA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.

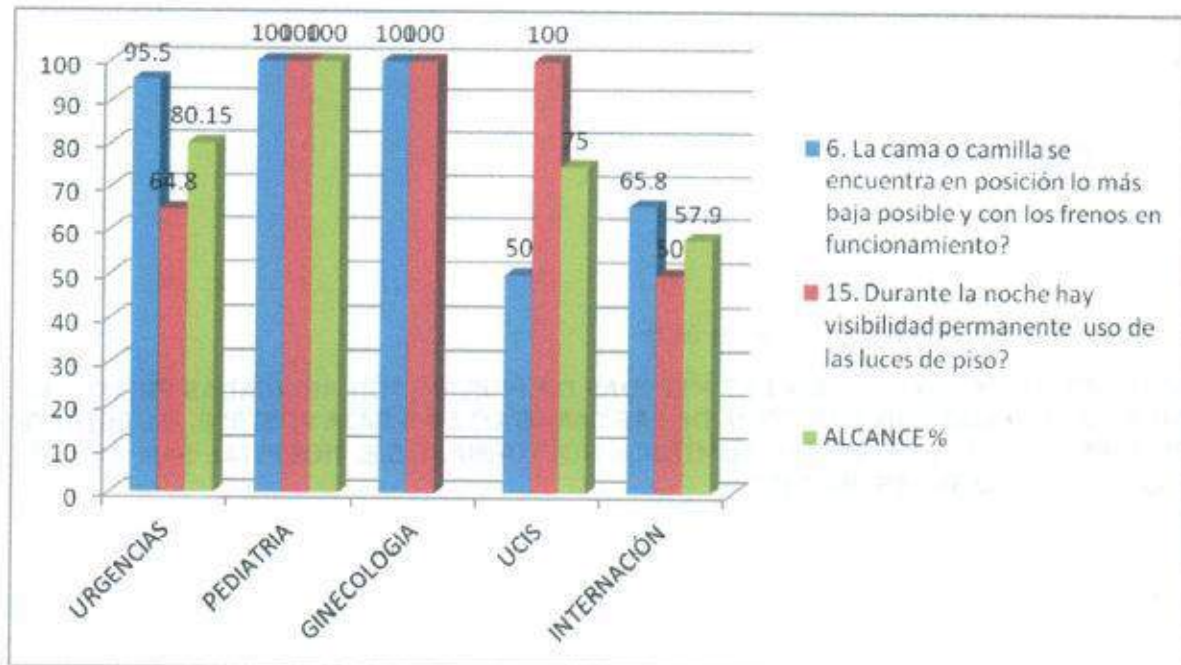
VARIABLE	6. La cama o camilla se encuentra en posición lo más baja posible y con los frenos en funcionamiento?	15. Durante la noche hay visibilidad permanente uso de las luces de piso?	ALCANCE %
URGENCIAS	95.5	64.8	80.15
PEDIATRIA	100	100	100
CUMPLE	100	100	100
UCIS	50	100	75
INTERNACIÓ	65.8	50	57.9

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

Los servicios de pediatría y ginecología alcanzan un 100% en la buena práctica. En las UCIS no se puede decir que no cumplieron fue error en la tabulación dado que se considero un 50% de no aplica, más no de no cumplimiento, pues a la observación las camillas estaban en la posición más baja posible y tenían puestos los frenos.

En internación el porcentaje de la visibilidad nocturna está relacionada con los pacientes evaluados en el tercero sur, que no hay luz de piso al igual que en las zonas de expansión por la obra.

7.3.2 GRAFICO RELACIONADO CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN APLICADAS FRENTE AL RIESGO RELACIONADO CON POSICIÓN DE LAS CAMAS LO MÁS BAJA POSIBLE, EL ESTADO DE LOS FRENOS Y LA INTENSIDAD LUMÍNICA NOCTURNA. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

7.4.1 CUADRO RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN DADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA RELACIONADA CON LAS BARANDAS, MEDIDAS PREVENTIVAS, PLANTA FÍSICA, UBICACIÓN DEL BAÑO, UBICACIÓN DEL TIMBRE, INTERRUPTOR DE LUZ, REQUISITO PARA DEAMBULAR EN EL SERVICIO, CLASIFICACIÓN OBTENIDA DEL RIESGO Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015

VARIABLE	7. Uso de elementos tales como: barandas, sillas de ruedas, sillas pata, escalerillas, entre otros?	8. medidas preventivas para evitar riesgo de caídas fue entendible?	10. Planta física, ubicación del baño y de la habitación, entre otros.	11. Ubicación el timbre de llamado y los interruptores de luz y le explicaron acerca de su correcto uso.	12. Uso de las barandas en las camas	13. En caso de deambulación por el servicio debía permanecer acompañado, y con las medidas de precaución para ir al baño	14. Clasificación del riesgo obtenido y las medidas de prevención a adoptar?	16. Manejo de venoclisis, sondas, oxigenoterapia,	ALCANCE
URGENCIAS	64.8	61.4	58	0	68.2	69.3	65.9	45.5	54.1375
PEDIATRIA	93.3	93.3	93.3	66.7	93.3	60	73.3	93.3	83.3125
GINECOLOGI	83.3	77.8	94.4	89	83.3	88.9	83.3	88.9	86.1125
UCIS	37.5	37.5	50	0	0	0	50	0	21.875
INTERNACIÓ	63.1	63.1	71	39.5	73.7	71	55.3	81.6	64.7875

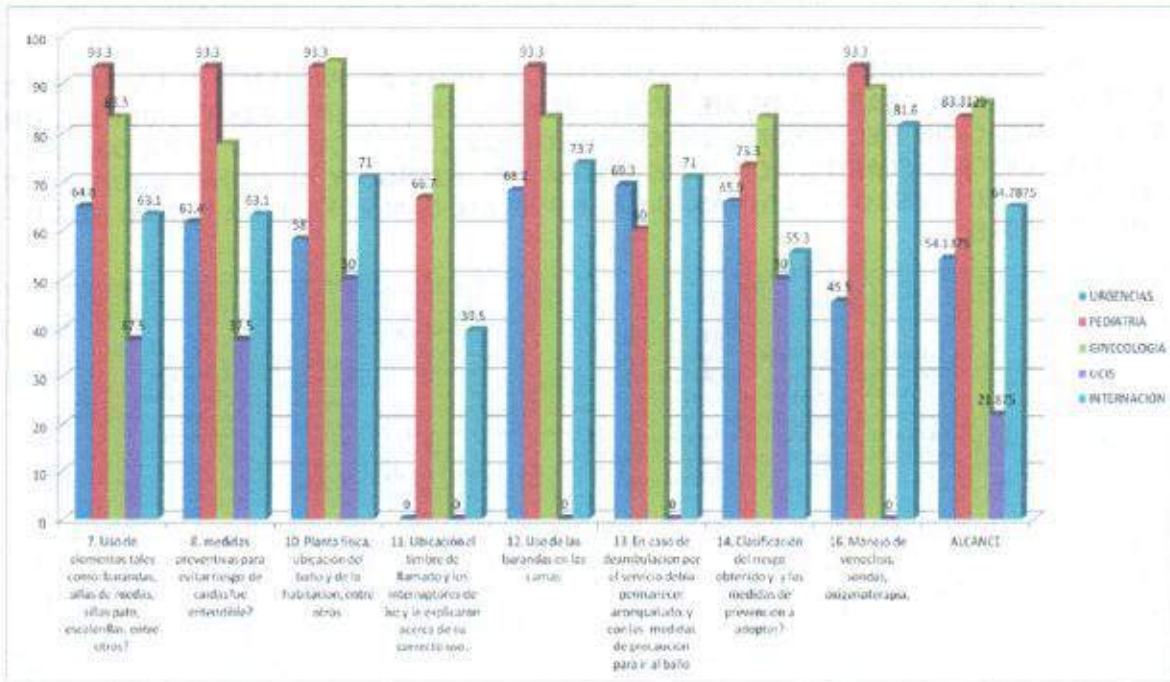
Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

Frente al comportamiento en la buena práctica de informar al paciente y a la familia sobre los riesgos en el caso de las ucis en las valoraciones no se encontraban familiares y las condiciones de los pacientes no se prestaban para la aplicación de estas preguntas.

El comportamiento más destacado en estas variables fue el servicio de ginecoostetricia, en tanto el de menor alcance fue el servicio de urgencias.

7.4.2. GRAFICO RELACIONADO CON LA INFORMACIÓN DADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA RELACIONADA CON LAS BARANDAS, MEDIDAS PREVENTIVAS, PLANTA FÍSICA, UBICACIÓN DEL BAÑO, UBICACIÓN DEL TIMBRE, INTERRUPTOR DE LUZ, REQUISITO PARA DEAMBULAR EN EL SERVICIO, CLASIFICACIÓN OBTENIDA DEL RIESGO Y MEDIDAS ADOPTADAS PARA PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015





Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

7.5.1 CUADRO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO RELACIONADA CON LA SEGURIDAD EN LOS TRASLADOS FRENTE AL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.

VARIABLE	9. En caso de ser trasladado a otro servicio para la realización de procedimientos diagnosticos o terapeuticos en el momento del paso de la cama a la camilla, silla de ruedas y/o
URGENCIAS	91
PEDIATRIA	86.7
GINECOLOGI	77.8
UCIS	0
CUMPLE	71

Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

El servicio donde los usuarios expresaron sentirse más seguros en los traslados fue en urgencias y donde expresaron mayor temor fue en el servicio de ginecoobstetricia probablemente por el estado de las señoras, la ansiedad o la angustia que genera su condición de madres.

7.5.2 CUADRO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO RELACIONADA CON LA SEGURIDAD EN LOS TRASLADOS FRENTE AL RIESGO DE CAÍDAS. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. SEGUNDO SEMESTRE 2015.



Fuente: Consolidado ENF-F-81. Lista de caídas única

8. Indicador relacionado con los eventos de calidad relacionados con las caídas de los pacientes.

Caídas desde su propia altura intra – institucional: Resolución Número 1446 de 8 de mayo de 2006.

De acuerdo con la base de datos de Seguridad del paciente institucional y el indicador formulado por Seguridad del paciente se analiza el comportamiento del indicador.

En el segundo semestre de 2015 con corte a noviembre se presentaron 11 casos de caídas de pacientes hospitalizados.

El número de egresos hospitalarios del segundo semestre del 2015 con corte a noviembre fue de 5441 pacientes.

Teniendo en cuenta estos datos se podría decir que del total de egresos el 0.2% de los pacientes tuvo un evento relacionado con la calidad porque sufrió una caída.

9. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

1. Aplicando la fórmula en promedio 90 personas calificaron como cumplido el ítem de las 19 preguntas, este valor se convierte en el numerador para analizar la fórmula proyectada del indicador y el denominador sería 149 que corresponde al total de la muestra proyectada para este estudio. En este sentido se podría deducir que el cumplimiento en la adherencia de la buena práctica se da en un 60.4%.
2. Del 100% de los egresos hospitalarios del mes de julio a noviembre del 2015, el 0.2% de los pacientes sufrió una caída durante la hospitalización.

3. Se observa un cumplimiento de más de un 70% en adherencia a la buena práctica para la prevención de caídas en lo relacionado con el registro del riesgo, las medidas de prevención frente al barandas, frenos de camillas y luz nocturno.
4. Un 61% de los pacientes percibieron la información frente a las barreras de seguridad para prevenir las caídas.
5. Se encontró un alto porcentaje de casos en que no aplicó la pregunta 4,5 y 18. Con el siguiente comportamiento:

No de pregunta	% de no aplica.
4	67%
5	57%
18	67%

6. Si excluyéramos las preguntas cuyo porcentaje de no aplica supero el 56% el alcance se de adherencia sería de 67.1%.
7. Cabe mencionar que la pregunta 11 que dice: Le indicaron sobre la ubicación el timbre de llamado y los interruptores de luz y le explicaron acerca de su correcto uso. En el servicio de urgencias, los pacientes valorados no tenían timbre, al igual que en algunos servicios donde fueron valorados pacientes del área de expansión y en las UCIS, no aplico esta pregunta porque los pacientes no contaban con familiar en el momento de la visita.

10. RECOMENDACIONES

1. Estudiar la forma para adecuar sistemas de timbre en las unidades de los pacientes, dado que es una recomendación que pide la buena práctica, habilitación y su incumplimiento tiene un impacto significativo para el alcance esperado en la buena práctica.
2. Continuar fortaleciendo la adherencia a la buena práctica. Implementando mecanismos de autocontrol que permitan mediciones oportunas y planes de mejoramiento permanentes.
3. Realizar nuevo estudio para medir cambios.
4. Incluir en el nuevo instrumento el registro o evidencia de la información y educación dada al paciente y/o la familia.
5. Revisar el instrumento principalmente en lo relacionado con las preguntas 4,5 y 18.
6. Definir las personas encargadas de realizar la medición y el levantamiento de las estadísticas.
7. Fomentar la participación de las universidades en el ejercicio de mediciones y la realización de capacitaciones.
8. Estudiar la posibilidad de instalar luces de piso para garantizar la adecuada iluminación nocturna de las habitaciones.
9. Procurar realizar el estudio de seguimiento de la buena prácticaG en presencia de familiares o acompañantes en el caso de aquellos pacientes que no estén en condiciones de responder a las preguntas, aprovechar los momentos de visitas para el caso de los pacientes de las Unidades de Cuidado intensivo.

Elaborado por *Nidia Esperanza Vargas Maláver* *Aida Patricia Medina Jiménez*
 Nidia Esperanza Vargas Maláver- Aida Patricia Medina Jiménez/lideres PAMEC Acreditación- Habilitación.
 Diciembre 11 de 2015.



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
OFICINA DE CALIDAD

**INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DEL PR-26 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN
DE PACIENTE: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015**
**BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTI-
FICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES**

TUNJA
DICIEMBRE
2015



INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DEL PR-26 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

1. FECHA DE REALIZACIÓN

La medición de adherencia a aplicación del PR-26 PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN se efectuó a través de la CA-F-08 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO IDENTIFICACION DE PACIENTES realizada por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo del servicio de enfermería y ESCENCIA durante los meses de septiembre a noviembre de 2015.

2. ALCANCE

Aplica para los servicios asistenciales de de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja del año 2015

3. LUGAR DE REALIZACIÓN

Servicios asistenciales de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

4. OBJETIVOS

Efectuar seguimiento a la aplicación de las Barreras de Seguridad del PR-26 procedimiento de Identificación de pacientes de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, según recomendaciones de la Guía técnica de la buena práctica para la seguridad del paciente: **ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.**

5. METODOLOGÍA

- 5.1.** Revisión del Paquete instruccional de la buena práctica para la seguridad del paciente: asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales y revisión documental de la información institucional relacionada.
- 5.2.** Realización de autoevaluación de la buena práctica para la seguridad del paciente: asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales en el formato CA-F-83 de acuerdo con las recomendaciones de la Guía técnica buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud
- 5.3.** Ajuste y actualización del PR-26 procedimiento de Identificación de pacientes de la ESE Hospital San Rafael de Tunja y de la CA-F-08 la lista de chequeo aplicación procedimiento identificación de pacientes
- 5.4.** Diseño y aplicación a través de la plataforma virtual de la institución del curso virtual CAPACITACION SOBRE LA BUENA PRÁCTICA "ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES".
- 5.5.** Realización de proyecto de intervención en la BUENA PRÁCTICA "ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES" por parte de



grupo de estudiantes de enfermería internado UPTC con asesoría y acompañamiento de la Enfermera Esperanza Vargas Líder de PAMEC-Acreditación.

- 5.6. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA:** El tamaño de la muestra se calculo en Excel, se trabajo con un nivel del confianza del 95%, error de 8% para un total de 149 listas de chequeo a aplicar.

Tabla No. 1. Muestreo

MUESTREO IDENTIFICACION PACIENTE	
UNIVERSO	12500
ERROR	8%
NIVEL DE CONFIANZA	95%
PREVALENCIA	50%
MUESTRA	149

Fuente: Oficina de calidad-epidemiología

5.7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de evaluación aplicado fue el definido en conjunto por las líderes de Habilitación y PAMEC de la oficina de calidad, el grupo designado a la Buena Practica y la coordinadora de Enfermería de la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

Tabla No. 2. CA-F-08 la lista de chequeo aplicación procedimiento identificación de pacientes

ITEM	C	N C	NA
1. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentran los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene),			
2. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el tipo de documento de identificación y el número del mismo.			
3. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el sexo?			
4. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra la edad?			
5. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el lugar de residencia habitual? .			
6. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el tefefono de domicilio? .			
7. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra la aseguradora y el tipo de vinculación..			
8. ¿El paciente se encuentra identificado con la manilla?			



9.¿ Para pacientes con barrera de lenguaje u otras, esta registrado de manera visible la condicion especifica de discapacidad (Verificar en historia clinica y tablero o formato individual)?.			
10. El paciente posee la manilla de identificacion correcta y completamente diligenciada con los siguientes datos: nombres y apellidos			
11. El paciente posee la manilla de identificacion correcta y completamente diligenciada con los siguientes datos: numero de identificacion?			
12. El paciente posee la manilla de identificacion correcta y completamente diligenciada con los siguientes datos: edad?			
13. El paciente posee la manilla de identificacion correcta y completamente diligenciada con los siguientes datos: fecha de ingreso?.			
14. El paciente posee la manilla de identificacion correcta y completamente diligenciada con los siguientes datos: riesgo de caida?			
15. ¿Señor usuario (a) en el momento de colocar la manilla el personal de enfermería verifico en voz alta sus datos de identificación?.			
16. ¿Señor usuario (a) le brindaron información a usted y/o a su familiar o acompañante sobre la importancia del uso de la manilla?			
17. ¿En la historia clinica se encuentra registrada la información que se brinda al paciente y al familiar sobre la importancia del uso de la manilla (Verificar en notas de enfermería)?.			
18. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: nombres y apellidos			
19. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: numero de identificación ?.			
20. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: edad ?			
21. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: fecha de ingreso ?			
22. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: EPS ?			
23. ¿El tablero o formato individual de la unidad del paciente se encuentra correcta y completamente diligenciado con los siguientes datos de identificación: riesgo de caida?			
24. ¿Los datos de identificación del paciente se corroboran y coinciden tanto en historia clinica como en el tablero o en el formato individual?.			
25. ¿Los datos de identificación del paciente se corroboran y coinciden tanto en historia clinica como en la manilla de iden-			

tificación?			
26. ¿En los formatos de evolución y órdenes médicas de la historia clínica se encuentran completa y correctamente diligenciados con los datos del paciente por ambas caras y en todos sus campos?			
27. ¿El formato de anotaciones de enfermería y tratamientos de la historia clínica se encuentran completa y correctamente diligenciados con los datos del paciente por ambas caras y en todos sus campos?			
28. Se le ha informado al paciente sobre la importancia de exigir que lo llamen por sus nombres y apellidos completos antes de cualquier procedimiento?			
29. ¿El paciente refiere si al momento del traslado a otro servicio, el personal que lo atiende verificó en voz alta su nombres, apellidos completos?			
30. El paciente se encuentra identificado con la manilla de acuerdo con el código de colores establecido en el procedimiento de identificación de pacientes, según el servicio donde se encuentre?			
31. El paciente con antecedente de alergia medicamentosa porta la manilla de identificación del riesgo (color rojo) según el código de colores?			
32. El Recien nacido porta manilla de identificación Nombres y apellidos de la madre, Número de historia clínica (No. de identificación) de la madre, fecha y hora de nacimiento, sexo del recién nacido. Si es el caso de embarazo múltiple, se escribirá el número de gemelo por orden de nacimiento			

5.7. Aplicación de la CA-F-08 lista de chequeo aplicación procedimiento identificación de pacientes la cual fue realizada durante los meses de septiembre a noviembre de 2015, por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo del servicio de enfermería de ESENCIA-SERVINTE. Para esto se tomo información mediante verificación en la historia Clínica, Observación en los servicios y entrevista al paciente y su familia.

5.8. METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN Y CONDENSACION DE LA INFORMACION

La obtención de los resultados de la calificación de la lista de chequeo aplicada y el respectivo analisis fue efectuado por las Lideres de Habilitación y PAMEC de la oficina de Calidad de la ESE Hospital San Rafael de Tunja

5.9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO:

- ✓ En cumplimiento a las recomendaciones de la Guía técnica buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud, para realizar medición de adherencia al procedimiento de identificación correcta del paciente se tomo como referencia los indicadores que hacen parte de dicho procedimiento y se relacionan a continuación:

No. de pacientes en quienes se cumplió el procedimiento de identificación de paciente *100
Total de pacientes de la muestra.



(fuente de la información: lista de chequeo CÓDIGO: CA-F-08 verificación aplicación del procedimiento de Identificación de Pacientes)

- ✓ Numero de eventos relacionados con la identificación del Paciente

El registro y monitoreo de la información será efectuada en la ficha técnica de indicadores institucional Código: CA-F-16 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INDICADORES, así:

Tabla No. 3 CA-F-16 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE INDICADORES

GRUPO	NOMBRE INDICADOR/ DATO	NUMERADOR	DENOMINADOR	NEVL. DE DESAGREGACIÓN	FORMULA DE CALCULO	UNIDAD DE MEDICIÓN	FACTOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	PERIODOCIDAD	RESPONSABLE	AJUSTE POR RIESGO	UMBRAL DE DESEMPEÑO NO ACEPTABLE	ESTANDAR META
	Porcentaje de adherencia al procedimiento identificación de pacientes	No. de Pacientes en quien se cumplió el procedimiento de identificación	Total de pacientes de la muestra	NINGUNO	Divide numerador entre el denominador	Porcentaje	100	CÓDIGO: CA-F-08 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	Total de egresos hospitalarios	semestral	Calidad	NO REQUIERE	<95%	>95%
	Eventos relacionados con la identificación del Paciente	Numero de eventos relacionados con la identificación del Paciente	NA	NINGUNO	Numero	Numero	No aplica	CA-F-77 BASE DE DATOS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE REPORTADOS	NA	mensual	calidad	NO REQUIERE		Construir línea de base

6. RESULTADOS:

- 6.1.** El resultado del indicador para la medición de adherencia a la aplicación del procedimiento de identificación de pacientes en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el segundo semestre del año 2015, es el siguiente:

La lista de chequeo para la medición de adherencia consta de treinta y dos 32 ítems a evaluar (32). Al revisar los resultados encontramos que de la totalidad de las listas aplicadas no se encontró cumplimiento de la totalidad de los ítems evaluados en ninguna de las listas de chequeo aplicadas. Por lo anterior para la obtención y análisis de los resultados se agruparon en seis variables que se relacionan a continuación, lo que nos permite dar un resultado promedio de cumplimiento por cada una de ellas y un resultado total de cumplimiento, así:

- ✓ ADMISIONES
- ✓ DILIGENCIAMIENTO Y COLOCACION DE LA MANILLA
- ✓ DILIGENCIAMIENTO DEL TABLERO GENERAL Y/O FORMATO INDIVIDUAL
- ✓ DILIGENCIAMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN HISTORIA CLÍNICA
- ✓ EDUCACION E INFORMACION AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN
- ✓ OTROS

De acuerdo con lo anterior al efectuar la revisión de la información nos da como resultado **85.42%** de adherencia a la aplicación procedimiento de identificación correcta del paciente.

Tabla No. 4 Resultado indicador de adherencia procedimiento Identificación por servicios

SERVICIO	ADMISIONES	DEBERIAMOS Y COLOCACION DE LA MANEJA	DEBERIAMOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN HISTORIA CLINICA	DEBERIAMOS DEL TABLERO Y/O FORMATO INDIVIDUAL	DEBERIAMOS INFORMAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	OTROS						
URGENCIAS	70	96,50%	55	79%	45	65%	62	89%	65	93%	72	100%
GINECOLOGIA	30	100,00%	18	60%	13	43%	25	83%	25	75%	25	100%
INTERNOIA	50	100,00%	43	86%	32	64%	50	100%	45	90%	50	100%
UCI	8	100,00%	7	88%	7	88%	7	88%	7	88%	8	100%
PEDIATRIA	4	100,00%	2	50%	2	50%	4	100%	2	50%	4	100%
TOTAL	151	99,34%	122	79%	102	68%	149	99%	123	82%	152	100%

TOTAL	131	85,42%
--------------	------------	---------------

Para el segundo semestre del 2015 se reportaron 10 eventos relacionados con la identificación del paciente.

(Fuente de información: CA-F-77 BASE DE DATOS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE REPORTADOS)

6.2. Porcentajes De Cumplimiento Discriminados Por Ítem Evaluado

6.2.1. ADMISIONES. En esta parte del proceso se verificó que los datos de nombres y apellidos, documento de identificación, edad, sexo, lugar de residencia, teléfono de domicilio y EPS registrados en la hoja de admisión del paciente estuvieran correcta y completamente diligenciados información que corresponde a los ítems del 1 al 7 en la lista de chequeo.

Tabla No. 5 Resultado promedio identificación del paciente en Hoja de Admisión

ADMISIONES							
VARIABLE	1. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentran los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene)	2. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el tipo de documento de identificación y el número del mismo.	3. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el sexo?	4. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra la edad?	5. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el lugar de residencia habitual? .	6. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra el telefono de domicilio? .	7. En la hoja de admisiones del paciente generada al ingreso se encuentra la aseguradora y el tipo de vinculación..
Cumple	99%	100%	100%	99%	99%	92%	100%
No cumple	0,012450704	0	0%	1%	1%	3%	0%
No aplica	0	0	0%	0%	0%	5%	0%

Fuente: lista de chequeo CÓDIGO: CA-F-08 verificación aplicación del procedimiento de Identificación de Pacientes



Gráfica No. 1 Resultado promedio identificación del paciente en Hoja de Admisión



6.2.2. DILIGENCIAMIENTO Y COLOCACIÓN DE LA MANILLA.

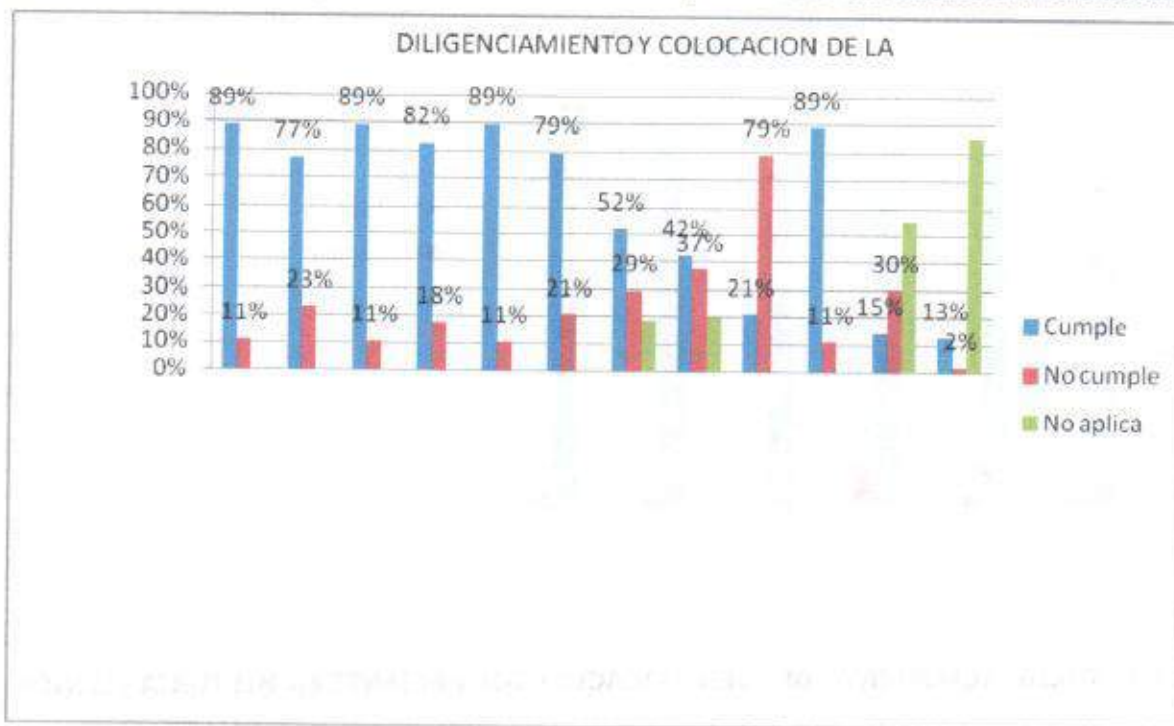
Esta clasificación incluye que el paciente porte la manilla y que ésta se encuentre correcta y completamente diligenciada con los datos de nombres y apellidos, edad, riesgo de caída, número de historia clínica o número de identificación, fecha de ingreso y la verificación en voz alta de la identificación del paciente al momento de colocar la manilla. Información que corresponde a los ítems del 8 al 17 y 30 al 32 en la lista de chequeo.

Tabla No. 6 Resultado promedio identificación del paciente en la Manilla de identificación

DILIGENCIAMIENTO Y COLOCACION DE LA MANILLA												
VARIABLE	8. ¿El paciente se encuentra identificado con la manilla?	10. Manilla con dato nombres y apellidos	11. Manilla con número de identificación	12. Manilla con dato de edad	13. Manilla con datos fecha de ingreso	14. Manilla con datos riesgo de caída	15. Al momento de colocar la manilla se verifico en voz alta datos de identificación	16. Le brindaron información sobre importancia del uso de la manilla	17. En HC registro de información brindada sobre uso de la manilla	30. Identificado con la manilla de acuerdo con código de colores	31. en antecedente de alergias medicamentosas porta la manilla roja	32. El RN porta manilla con datos de madre
C	89%	77%	89%	82%	89%	79%	52%	42%	21%	89%	15%	13%
NC	11%	23%	11%	18%	11%	21%	29%	37%	79%	11%	30%	2%
NA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19%	20%	0%	0%	56%	85%

Fuente: lista de chequeo CÓDIGO: CA-F-08 verificación aplicación del procedimiento de Identificación de Pacientes

Grafica No. 2 Resultado promedio identificación del paciente en la Manilla de identificación



6.2.3. DILIGENCIAMIENTO DEL TABLERO O FORMATO INDIVIDUAL.

Esta clasificación incluye el diligenciamiento del tablero o formato individual con los siguientes datos. Nombres y apellidos, número de identificación, edad, EPS, riesgo de caída y fecha de ingreso. Información que corresponde a los ítems del 18 al 23 en la lista de chequeo.

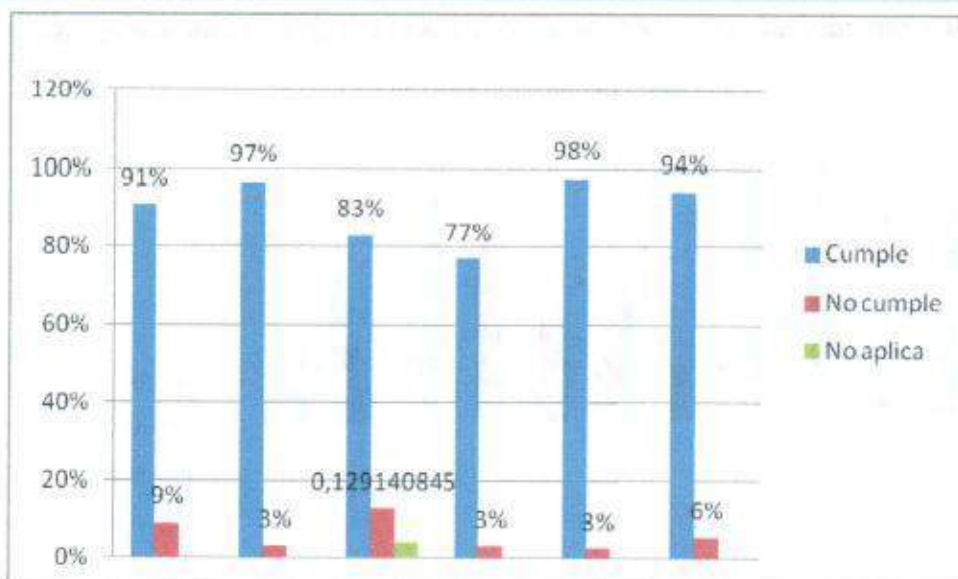
Tabla No. 7 Resultado promedio identificación del paciente en tablero general y formato individual

VARIABLE	DILIGENCIAMIENTO DEL TABLERO Y/O FORMATO INDIVIDUAL					
	18. El tablero o formato individual diligenciado nombres y apellidos	19. El tablero o formato individual diligenciado número de identificación	20. El tablero o formato individual diligenciado edad	21. El tablero o formato individual diligenciado fecha de ingreso	22. El tablero o formato individual diligenciado con EPS	23. El tablero o formato individual diligenciado riesgo de caída
Cumple	91%	97%	83%	77%	98%	94%
No cumple	9%	3%	0,129140845	3%	3%	6%
No aplica	0%	0%	4%	0%	0%	0%

Fuente: lista de chequeo CÓDIGO: CA-F-08 verificación aplicación del procedimiento de Identificación de Pacientes

Grafica No. 3 Resultado promedio identificación del paciente en tablero general y formato individual





6.2.4. DILIGENCIAMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN HISTORIA CLÍNICA

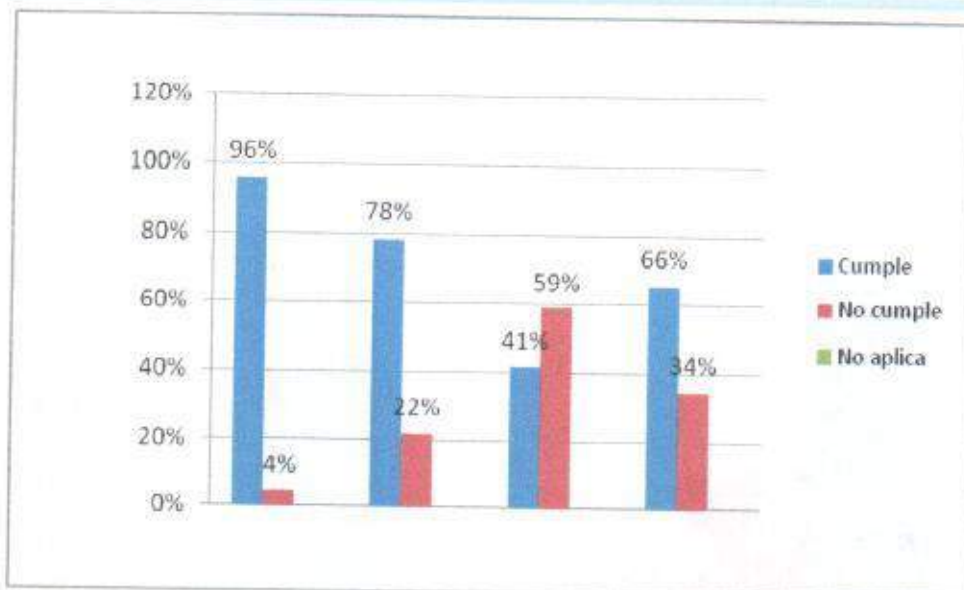
En este grupo se encuentran los ítems relacionados con el diligenciamiento completo y correcto de los formatos de la historia clínica por parte del área de enfermería y medicina. Información que corresponde a los ítems del 18 al 23 en la lista de chequeo.

Tabla No. 8 Resultado promedio Diligenciamiento de identificación en la HC

Diligenciamiento de identificación del paciente en historia clínica						
VARIABLE	24. Los datos se corroboran y coinciden historia clínica, tablero y formato individual	25. Los datos de identificación coinciden en historia clínica, manilla	26. En los formatos de evolución y órdenes médicas de la historia clínica se encuentran los datos del paciente	27. El formato de anotaciones de enfermería y tratamientos de la historia clínica completa y correctamente diligenciados		
Cumple		96%	78%	41%		66%
No cumple		4%	22%	59%		34%
No aplica		0%	0%	0%		0%

Fuente: lista de chequeo CÓDIGO: CA-F-08 verificación aplicación del procedimiento de Identificación de Pacientes

Grafica No. 4 Resultado promedio Diligenciamiento de identificación en la HC



6.3.5. EDUCACIÓN E IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

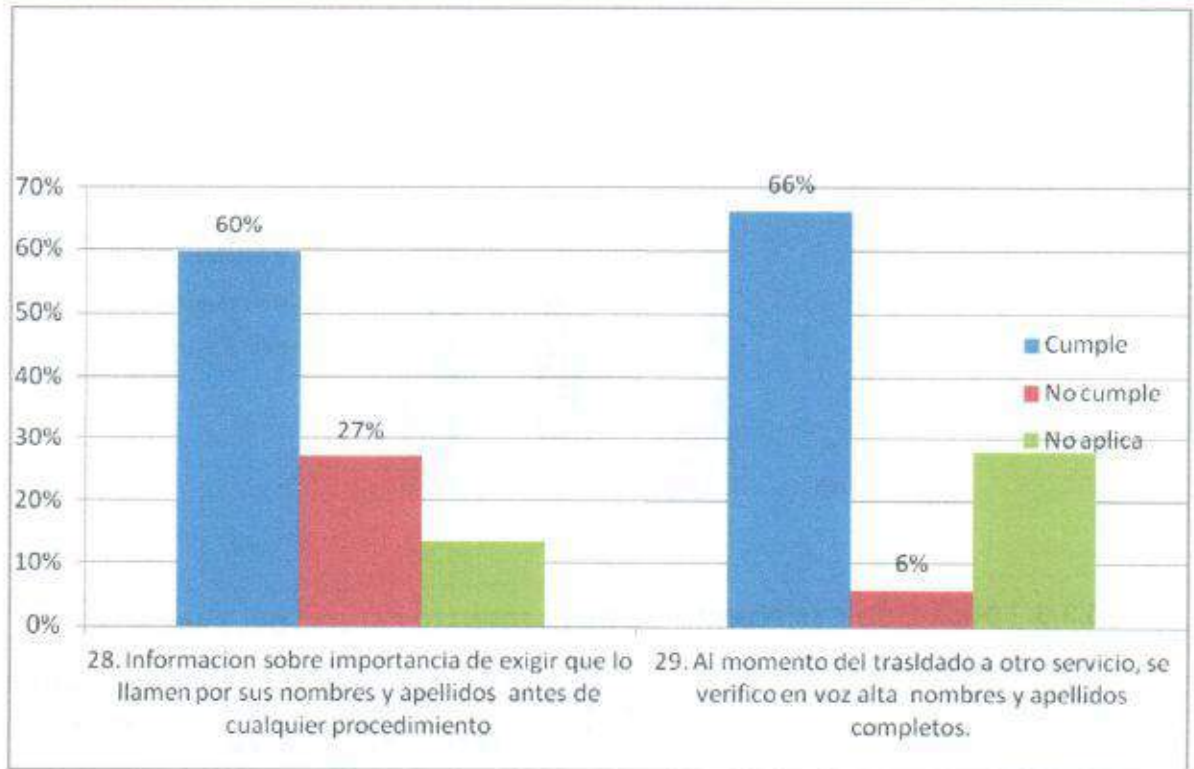
En este grupo se encuentran los ítems relacionados con la educación brindada al paciente sobre la importancia de la identificación antes de cualquier procedimiento y/o durante un traslado a un servicio. Información que corresponde a los ítems del 28 al 29 en la lista de chequeo.

Tabla No. 9 Resultado promedio Educación e información sobre la identificación correcto del paciente

Educación e Información sobre la importancia de la identificación del paciente		
VARIABLE	28. Información sobre importancia de exigir que lo llamen por sus nombres y apellidos antes de cualquier procedimiento	29. Al momento del traslado a otro servicio, se verifico en voz alta nombres y apellidos completos.
Cumple	60%	66%
No cumple	27%	6%
No aplica	13%	28%

Grafica No. 10 Resultado promedio Educación e información sobre la identificación correcto del paciente





6.2.5. OTROS.

Se describe a continuación el ítem que en su mayoría obtuvo un resultado de No Aplica por las características de los pacientes a quienes se aplico la lista de chequeo, pero que forman parte fundamental de las barreras de seguridad relacionadas con la identificación del paciente. Información que corresponde al ítem 9 en la lista de chequeo.

Tabla No. 10 Otros

OTRO	
VARIABLE	9. Pacientes con barrera de lenguaje u otras, esta registrado de manera visible la condicion
Cumple	0%
No cumple	0%
No aplica	100%

6.3. Porcentajes De Cumplimiento Discriminado Por servicio: A continuación se presenta el resultado de la aplicación de la lista de chequeo por servicio:

SERVICIO	ADMISIONES	DILIGENCIAMIENTO Y COLOCACION DE LA MANILLA	DILIGENCIAMIENTO DEL TABLERO Y/O FORMATO INDIVIDUAL	DILIGENCIAMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN HISTORIA CLÍNICA	EDUCACION E INFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
URGENCIAS		99%	69%	84%	70%
GINECOLOGIA		99%	73%	99%	75%
INTERNACION		99%	99%	99%	89%
UCI		98%	66%	83%	6%
PEDIATRIA		96%	29%	100%	75%
TOTAL		98%	67%	93%	63%

7. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES



- 7.1.** El resultado del indicador para la medición de adherencia a la aplicación del procedimiento de identificación de pacientes en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el segundo semestre del año 2015 fue de **83%**.
- 7.2.** Para los ítems evaluados del proceso de **ADMISIONES** se obtiene como resultado un 99% de cumplimiento el cual incluye el registro de los datos de nombres y apellidos, documento de identificación, edad, sexo, lugar de residencia, teléfono de domicilio y EPS en la hoja de admisión del paciente. El ítem con menor calificación fue la falta de registro en la hoja de admisiones del numero de teléfono de domicilio.
- 7.3.** Con respecto a los ítems relacionados con el **diligenciamiento y colocación de la manilla** se obtuvo un cumplimiento de 69%. Este grupo esta relacionado con el diligenciamiento correcto y completo de la manilla con los datos de nombres y apellidos, edad, riesgo de caída, numero de historia clínica o número de identificación, fecha de ingreso y la verificación en voz alta de la identificación del paciente al momento de colocar la manilla. Entre los ítems de mayor calificación se menciona: la identificación del paciente con la manilla, el registro del número de identificación, fecha de ingreso, uso de la manilla de acuerdo con código de colores dando como resultado un 89%. El ítem de menor calificación corresponde al registro de la información brindada al paciente y su familia sobre uso de la manilla dando como resultado un 21%.
- 7.4.** Con relación al grupo de ítems para verificar **el diligenciamiento del tablero y/o formato individual** el cual incluye la verificación del registro de los datos Nombres y apellidos, número de identificación, edad, EPS, riesgo de caída y fecha de ingreso, se obtuvo un 91% de cumplimiento. El ítem de menor calificación fue el registro de la fecha de ingreso en el tablero o formato individual de 77%.
- 7.5.** Para los ítems evaluados sobre el **Diligenciamiento de identificación del paciente en historia clínica** el cual comprende el completo y correcto de los formatos de la historia clínica por parte del área de enfermería y medicina se obtuvo un 67% de cumplimiento. El ítem de menor calificación fue obtenido por el registro en los formatos de evolución y órdenes

médicas de la historia clínica se encuentran completa y correctamente diligenciados con los datos del paciente por ambas caras y en todos sus campos con un 41% de cumplimiento.

- 7.6. Con respecto a las acciones de **Educación e Información sobre la importancia de la identificación del paciente** relacionados con la educación brindada al paciente sobre la importancia de la identificación antes de cualquier procedimiento y/o durante un traslado a un servicio, se obtiene como resultado un 74% de cumplimiento.
- 7.7. Con respecto al ítem de evaluación de identificación de los Pacientes con barrera de lenguaje u otras, la aplicación de la lista obtuvo un 100% de no aplicabilidad en los pacientes evaluados. Actualmente se encuentra en etapa de implementación del sticker para la identificación de los pacientes que presentan barreras de comunicación, el cual se ubica en la historia clínica y en el tablero individual del paciente. Como parte de este proceso surge también la necesidad de diseñar un sticker para la identificación del paciente con barrera de lenguaje por condiciones Clínicas tales como pacientes con traqueostomía, patologías de cuerdas bucales.
- 7.8. De acuerdo con lo anterior las principales debilidades en la aplicación del procedimiento de identificación de pacientes se encuentra en el grupo evaluado de diligenciamiento y colocación de la manilla, Diligenciamiento de identificación del paciente en historia clínica y Educación e Información sobre la importancia de la identificación del paciente.

8. RECOMENDACIONES

- 8.1. Fortalecer el registro en la historia clínica de las acciones de información brindada al paciente y su familia sobre el uso de la manilla y la importancia de esta, la verificación cruzada de la identificación del paciente al colocar la manilla y antes de cada procedimiento.
- 8.2. Implementar acciones para garantizar el registro completo y correcto de los datos del paciente en los formatos de evolución y órdenes médicas de la historia clínica.
- 8.3. Diseñar un sticker para la identificación del paciente con barrera de lenguaje por condiciones Clínicas tales como pacientes con traqueostomía, patologías de cuerdas bucales.

Elaborado por:  AIDA PATRICIA MEDINA JIMENEZ y  ESPERANZA VARGAS MALAVER Líderes
Habilitación y PAMEC
Oficina de Calidad
ESE Hospital San Rafael de Tunja.
Fecha: 11/12/2015



**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
OFICINA DE CALIDAD**

**INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA,
PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA y TRANSFUSIÓN SANGUINEA, LB-POES-
114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO
DE HEMOCOMPONENTES Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015
BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENIR COMPLICACIONES
ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.**

**TUNJA
DICIEMBRE
2015**



INFORME EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA, PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA y TRANSFUSIÓN SANGUINEA, LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES: SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

1. FECHA DE REALIZACIÓN

La aplicación de LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA fue realizada durante los meses de septiembre a noviembre de 2015, por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo de médica intrahospitalaria auditora interna con certificado SGS curso en Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008.

2. ALCANCE

Aplica para los registros asistenciales de todos los servicios de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja del año 2015.

3. LUGAR DE REALIZACIÓN

Unidad transfusional y servicios asistenciales de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

4. OBJETIVOS

Efectuar seguimiento a la aplicación de las Barreras de Seguridad de la BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA en la ESE Hospital San Rafael de Tunja:

- **LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA**
- **PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA y TRANSFUSIÓN SANGUINEA**
- **LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES**
- **SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES**

5. METODOLOGÍA

5.1. Revisión del Paquete instruccional de la BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

5.2. Realización de autoevaluación de la buena práctica para la seguridad del paciente: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA en el formato CA-F-83 de acuerdo con las recomendaciones de la Guía técnica buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud.



5.3. Ajuste y actualización de LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA, PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA Y TRANSFUSIÓN SANGUINEA CÓDIGO, LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES CÓDIGO Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE de la ESE Hospital San Rafael de Tunja y de LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA.

5.4. Diseño y aplicación a través de la plataforma virtual de la institución con el curso virtual CAPACITACION SOBRE LA BUENA PRÁCTICA "Transfusión segura".

5.5. DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculo en Excel, se trabajo con un nivel del confianza del 95%, error de 8% para un total de 21 listas de chequeo a revisar.


MUESTREO SEGURA	TRANSFUSION
UNIVERSO	12500
ERROR	8%
NIVEL DE CONFIANZA	95%
PREVALENCIA	50%
MUESTRA	21

Fuente: Oficina de calidad-epidemiologia

5.7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de evaluación aplicado fue el definido en conjunto por calidad y el grupo designado a la BUENA PRÁCTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA del Hospital San Rafael de Tunja: líder unidad transfusional, líder del programa de hemovigilancia y coordinador - jefe de enfermería servicio de urgencias.

La aplicación de LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA fue realizada durante los meses de septiembre a noviembre de 2015, por parte del grupo designado por la oficina de calidad con el apoyo de médica intrahospitalaria auditora interna con certificado SGS curso en Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008.

CÓDIGO:		ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			
VERSIÓN: 00		BUENA PRACTICA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA					
OBJETIVO: Efectuar seguimiento a la aplicación de las Barreras de Seguridad de las Buenas prácticas del procedimiento de transfusión segura de pacientes de la ESE Hospital San Rafael de Tunja.					
Nº HISTORIA CLÍNICA:		NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:			
SERVICIO:	FECHA:	CAMA:	EVALUADOR:		
ITEM	C	NC	NA	OBSERVACIONES	
APLICAR EN UNIDAD TRANSFUSIONAL					
1. Existe un formato de solicitud de transfusión, en la cual se diligencian: Nombres y apellidos completos del paciente, identificación, edad, género, servicio, número de cama, diagnóstico, transfusiones previas, tipo de hemocomponente solicitado, cantidad de hemocomponente solicitado, firma y sello del médico que ordena la solicitud de reserva y esta información es corroborada con la que se ingresa en el sistema.					
2. Cuando ingresa un hemocomponente al servicio transfusional, existe un registro en el que indique el banco del que proviene el hemocomponente, número, sello de calidad y fecha de vencimiento del hemocomponente. Además se registra en qué condiciones de temperatura y aspecto se recibe la unidad y nombres y apellidos de quien recibe.					
3. Existe un registro de pruebas de compatibilidad en la que se registra: Nombres y apellidos del receptor, identificación, edad, servicio, cama, grupo ABO/Rh del receptor, número del hemocomponente, sello de calidad del hemocomponente a reservar, Grupo ABO/Rh del hemocomponente, interpretación y resultado de los rastreos y pruebas cruzadas, hora de terminación de las pruebas y responsable de las pruebas.					
APLICAR EN HOSPITALIZACIÓN					
4. ¿Señor usuario (a) en el inicio de la transfusión fue acompañado por médico?					
5. ¿Señor usuario (a) en el inicio del procedimiento de transfusión se le informó sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones?					
6. Existe registro en la historia clínica del paciente del consentimiento informado para transfusión del hemocomponente transfundido, y el consentimiento está completa y correctamente diligenciado.					
7. Existe registro en la historia clínica del paciente de la transfusión en notas de enfermería.					
PARA VERIFICAR EN FORMATO CONTROL DE TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS CÓDIGO: LB-F-02					
8. Existe registro adecuado y completo de datos de identificación de paciente (fecha, apellidos y nombres completos, documento, sexo, edad, servicio, No. De cama y grupo sanguíneo y factor RH).					
9. Existe registro adecuado y completo de datos de componente sanguíneos (hemocomponentes a transfundir, RAJ, bacteriología que realiza pruebas pre-transfusionales y pruebas cruzadas)					
10. Existe registro adecuado y completo de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por BACTERIOLOGO -AUXILIAR DE ENFERMERIA / CAMILLERO-ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien recibe					
11. Existe registro adecuado y completo de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por CAMILLERO / AUXILIAR DE ENFERMERIA - ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien recibe					
12. Existe registro adecuado y completo de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por ENFERMERO JEFE / MÉDICO AL INICIAR LA TRANSFUSION con nombre y apellido de quien entrega y recibe					
13. Existe registro adecuado y completo de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SERVICIO DE UNIDAD TRANSFUSIONAL					
14. Existe registro adecuado y completo de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SÍTIO DE TRANSFUSIÓN					
15. Existe registro adecuado y completo de CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANTES DE INICIAR LA TRANSFUSIÓN (Grupo RH, No. UNIDAD, sello de calidad, fecha de vencimiento, hora de inicio, signos vitales durante y post- transfusión)					
16. Existe registro adecuado y completo de FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN					
17. Existe registro adecuado y completo de VOLUMEN TOTAL					
18. Existe registro adecuado y completo de MEDICAMENTOS Y OTROS LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA TRANSFUSIÓN					
19. Existe registro adecuado y completo de SE PRESENTARON REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN, MANEJO Y NOTIFICACIÓN DEL EVENTO EN FORMATO DE REPORTE PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSA A LA TRANSFUSIÓN					
TOTAL					
Nombre de quien verifica:			RECOMENDACIONES:		

5.8. METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

La calificación de la lista de chequeo de la muestra se realizó por la Líder de Seguridad del Paciente de la oficina de Calidad de la ESE Hospital San Rafael de Tunja. Se proyectaron 19 ítems con las variables establecidas de cumple, no cumple y no aplica.

5.9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO:

5.9.1. Una vez consolidados los datos correspondientes a cada pregunta se identifican características comunes con fines metodológicos de análisis y se determina el porcentaje de adherencia para así poder establecer las necesidades de intervención de mejoramiento.

La adherencia se establece a través de la medida de los registros establecidos en formatos como **FORMATO SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES A LA UNIDAD TRANSFUSIONAL CÓDIGO: LB-F-05, FORMATO CONTROL DE TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS CÓDIGO: LB-F-02, FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES SSS-F-29**; la información dada y la percepción del usuario sobre el acompañamiento del médico durante la transfusión y sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones y el adecuado registro en historia clínica.

Para la realización de adherencia al procedimiento se hace a través del monitoreo de los indicadores propuestos a continuación, cabe mencionar que estos son la resultante de las recomendaciones dadas en la guía de la buena práctica para la seguridad del paciente en atención en salud.

No de pacientes en quienes se cumplieron los documentos evaluados / Total de pacientes de la muestra X 100.

(Como fuente de la información para este indicador es la lista de chequeo LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA del ESE Hospital San Rafael de Tunja.

5.9.2. Numero de eventos relacionados con la atención del paciente asociados a transfusiones de pacientes: Accidentes postransfusionales: Resolución Número 1446 de 8 de mayo de 2006.

NOMBRE INDICADOR/DATO	NUMERADOR	DESNUMERADOR	NEVIL DE DESAGREGACIÓN	FORMULA DE CÁLCULO	UNIDAD DE MEDICIÓN	FACTOR	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	PUNTO POR RIESGO	GRANAL DE DESEMPEÑO BU ACCEPTABLE	ESTANDAR META
Porcentaje de adherencia a LB-POES-117 POE BILIMUNOHEMATOLOGIA, PR OS PROCEDIMIENTO TRANSFUSION SANGUINEA CÓDIGO, LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES CÓDIGO Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja	Pacientes en quien se cumplió LB-POES-117 POE BILIMUNOHEMATOLOGIA, PR OS PROCEDIMIENTO TRANSFUSION SANGUINEA CÓDIGO, LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES CÓDIGO Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja	Total de pacientes de la muestra	NINGUNO	divide numerador por denominador	Porcentaje	100	LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO APLICACIÓN PROCEDIMIENTO TRANSFUSIÓN SEGURA 2015	Total de egresos hospitalarios	Semestral	Calidad	NO REQUIERE	Menor 95%	Mayor 95%
Accidentes postransfusionales	Numero	NA	NINGUNO	NA	Numero	NA	Base de datos de reporte de eventos relacionados con la atención del paciente	NA	MESESUAL	Calidad	NO REQUIERE	construir línea base en 4 meses de aplicado al indicador	construir línea base en 6 meses de aplicado al indicador

6. RESULTADO:

Para el segundo semestre del año 2015 se obtienen los siguientes resultados:

6.1. El resultado del indicador de porcentaje para la medición de adherencia a la aplicación a LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA, PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA y TRANSFUSIÓN SANGUINEA CÓDIGO, LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES CÓDIGO Y SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, para el segundo semestre del año 2015, es el siguiente:

No de pacientes en quienes se cumplieron los documentos evaluados/Total de pacientes de la muestra X 100 = 80,95% como resultado del indicador de medición de adherencia a la aplicación de los documentos evaluados.

No DE PACIENTES Y RELACIONES DE RESPUESTAS			
PACIENTE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
1	15	4	0
2	16	3	0
3	14	3	2
4	18	1	0
5	13	4	2
6	15	4	0
7	16	3	0
8	17	2	0
9	8	9	2
10	12	7	0
11	12	7	0
12	16	3	0
13	18	1	0
14	18	1	0
15	17	2	0
16	15	4	0
17	18	1	0
18	17	2	0
19	16	3	0
20	16	3	0
21	16	3	0
TOTAL	323	70	6
%	80,95	17,54	1,50

La lista de chequeo para la medición de adherencia consta de 19 ítems a evaluar.

No DE PREGUNTAS Y RELACIONES DE RESPUESTAS			
PREGUNTA	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
1	15	6	0
2	20	1	0
3	21	0	0
4	12	6	3
5	17	1	3
6	13	8	0
7	21	0	0
8	18	3	0
9	21	0	0
10	21	0	0
11	17	4	0
12	10	11	0
13	19	2	0
14	7	14	0
15	19	2	0
16	19	2	0
17	19	2	0
18	15	6	0
19	19	2	0
TOTAL	323	70	6
%	80,95	17,54	1,50

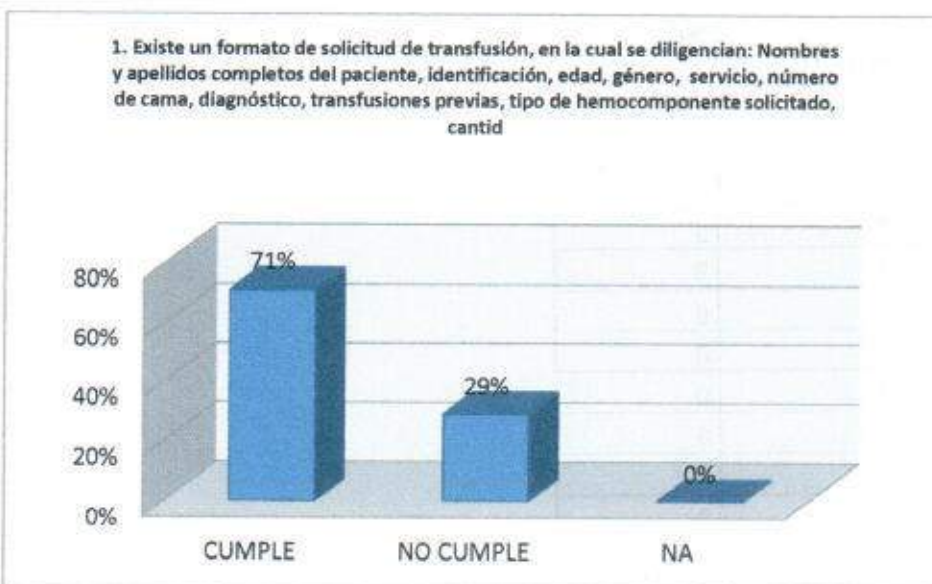
6.2. 1 evento es el resultado para el segundo semestre del 2015 del indicador número de eventos relacionados con la atención del paciente asociados a transfusiones de pacientes: Accidentes postransfusionales.

(Fuente de información: CA-F-77 BASE DE DATOS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE REPORTADOS)

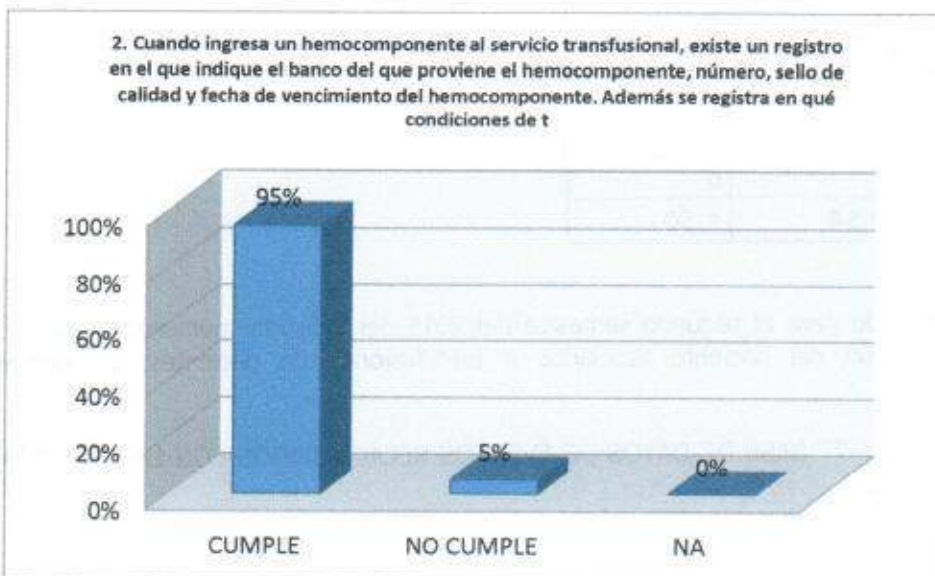


6.3. Porcentajes De Cumplimiento Discriminados Por Ítem Evaluado

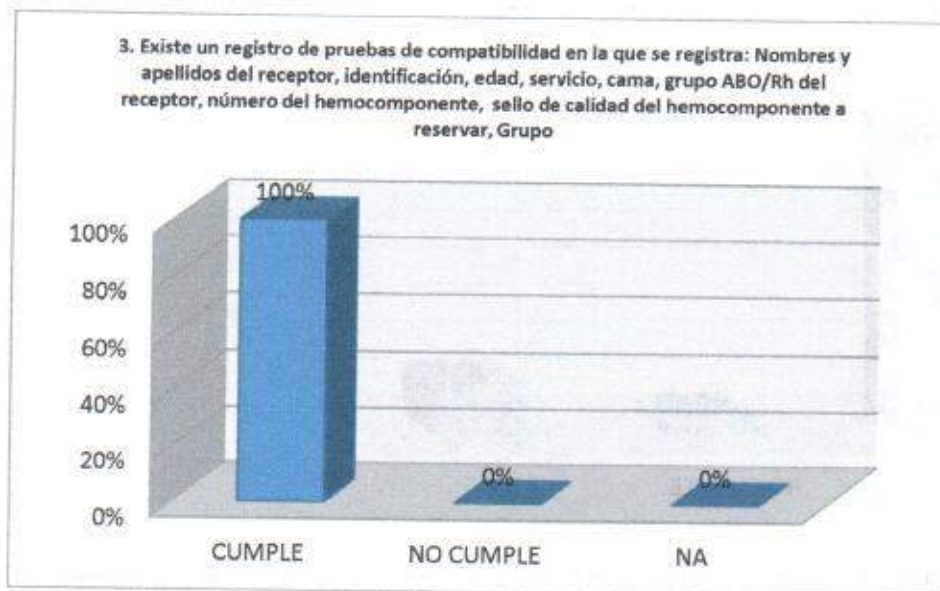
ITEMS APLICADOS EN UNIDAD TRANSFUSIONAL



El formato de solicitud de transfusión cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 71% (15 pacientes evaluados) y 29% no cumple (6 pacientes evaluados).

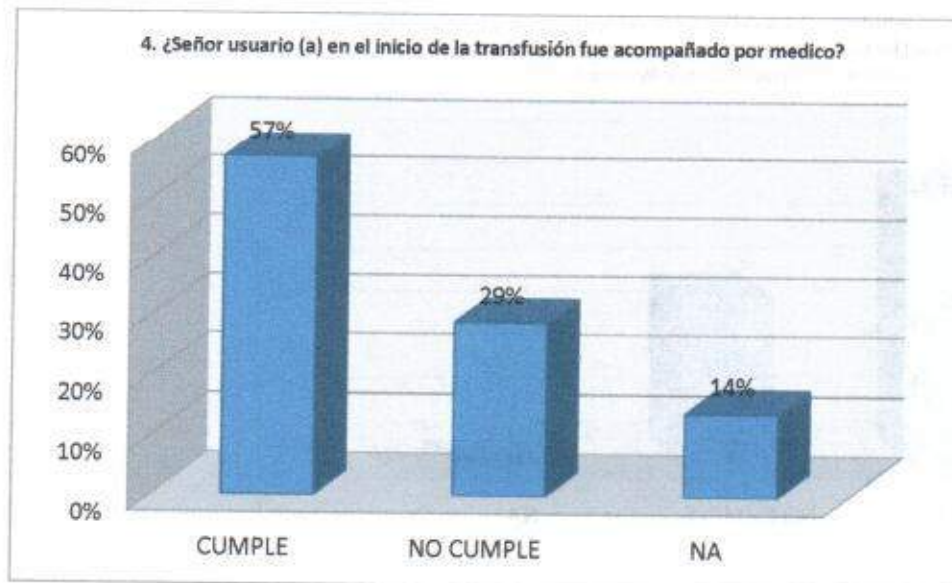


El registro de trazabilidad del hemocomponente, número, sello de calidad, fecha de vencimiento, temperatura, aspecto y nombres apellidos de quien recibe cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 95% (20 pacientes evaluados) y 5% no cumple (1 paciente evaluado).

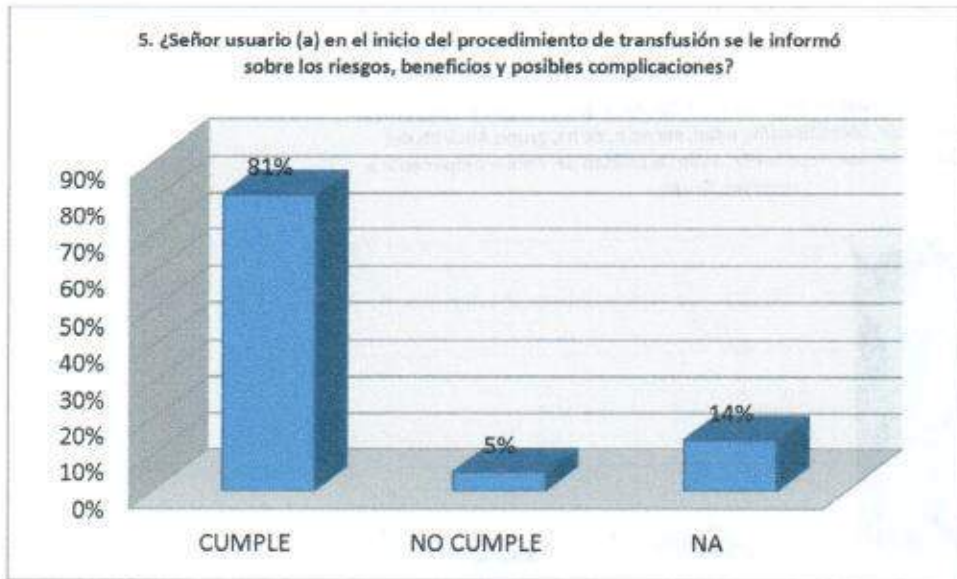


El registro de pruebas de compatibilidad cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 100% (21 pacientes evaluados).

ITEMS APLICADOS ENTREVISTA AL PACIENTE

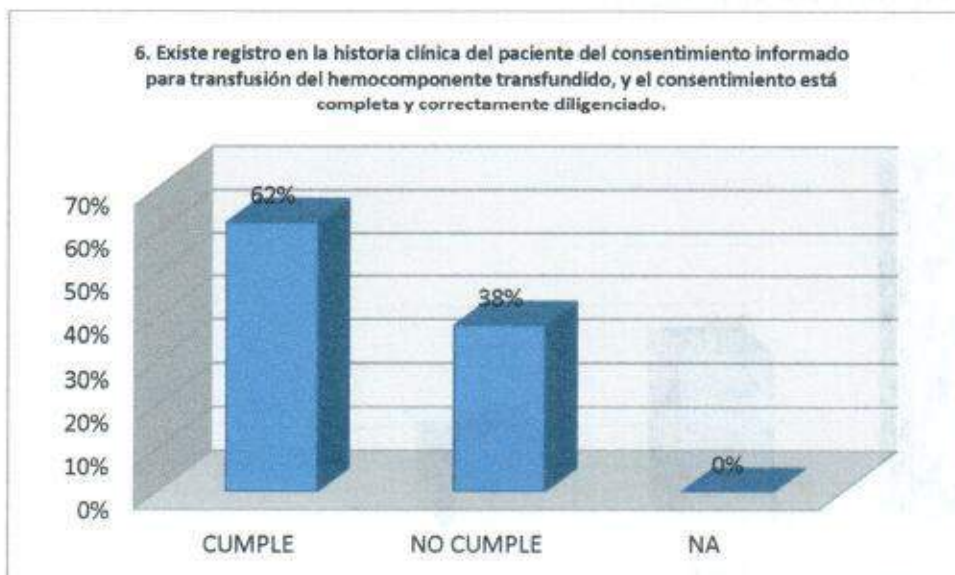


El medico acompañó el inicio de la transfusión en el 57% (12 pacientes evaluados) en el 29% no hubo acompañamiento (6) y el 14% no aplica (3 pacientes de UCI).

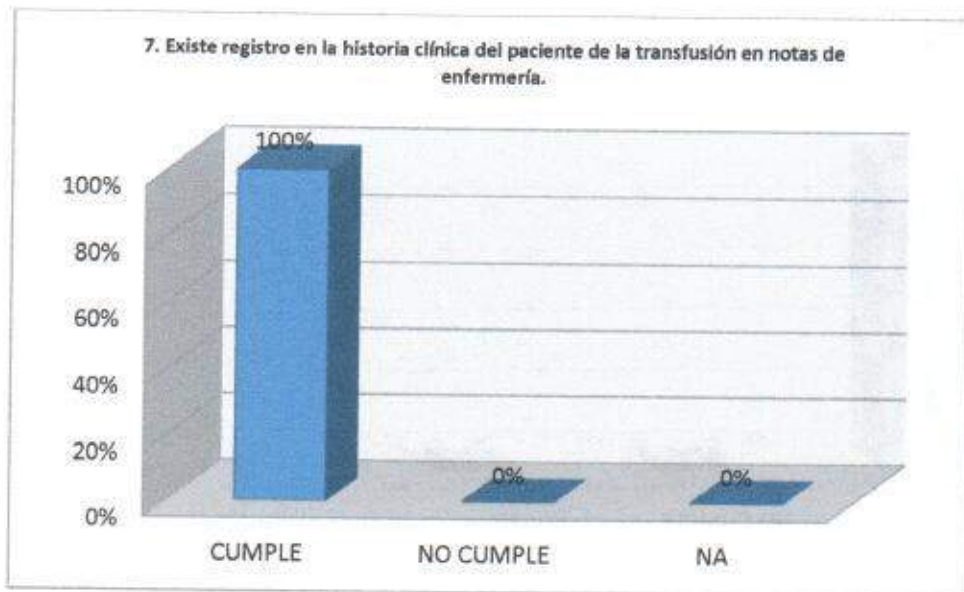


Al 81% de los pacientes (17 pacientes evaluados) se les informo sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones al inicio de la transfusión, al 5% 1 paciente no se le informo y el 14% no aplica (3 pacientes de UCI).

ITEMS APLICADOS EN HISTORIA CLINICA

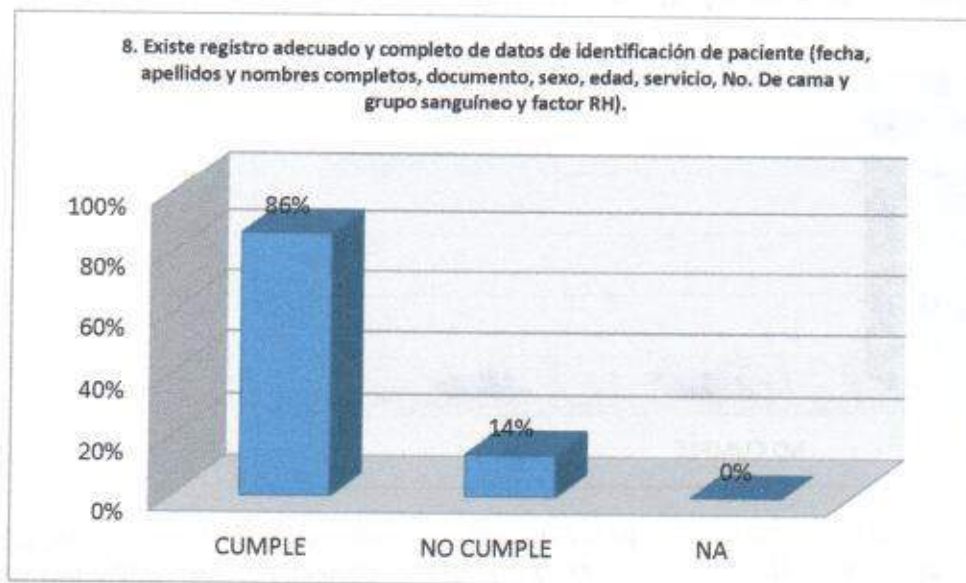


El formato de consentimiento informado para transfusión del hemocomponente cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 62% (13 pacientes evaluados) y 38% no cumple (8 pacientes evaluados).

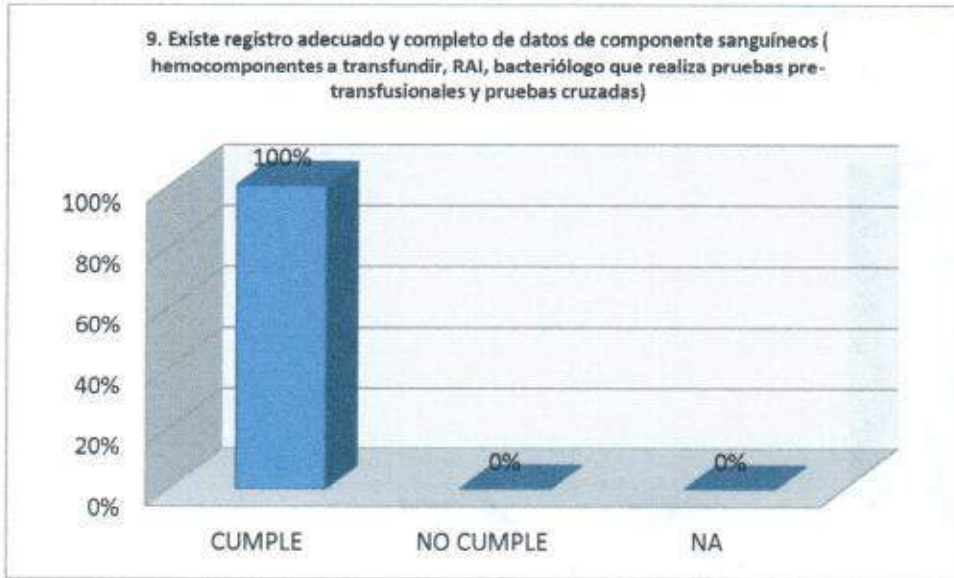


Existe registro en las notas de enfermería de la historia clínica de la realización de la transfusión en el 100% (21 pacientes evaluados).

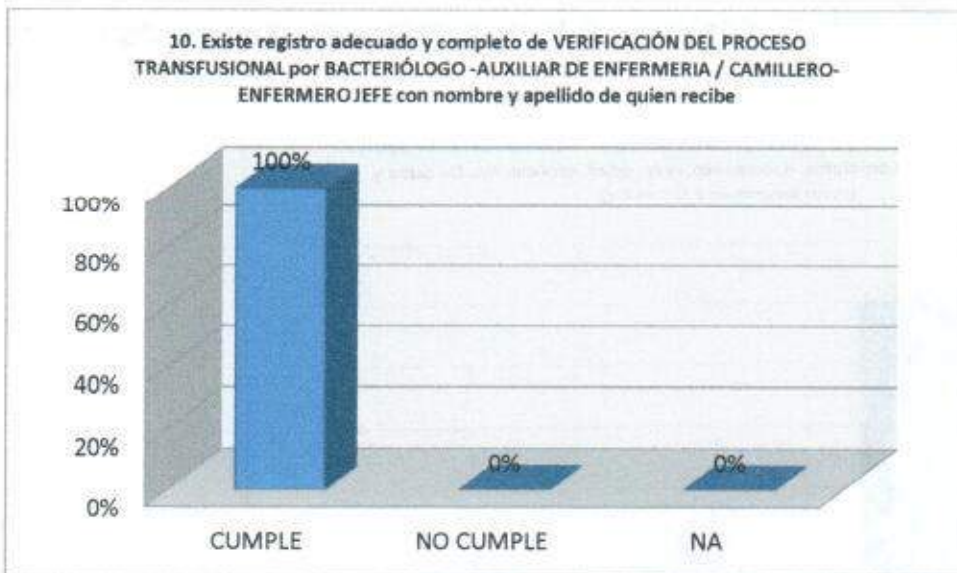
ITEMS APLICADOS EN FORMATO CONTROL DE TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS CÓDIGO: LB-F-02



El registro de datos de identificación de cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 86% (18 pacientes evaluados) y 14% no cumple (3 pacientes evaluados).



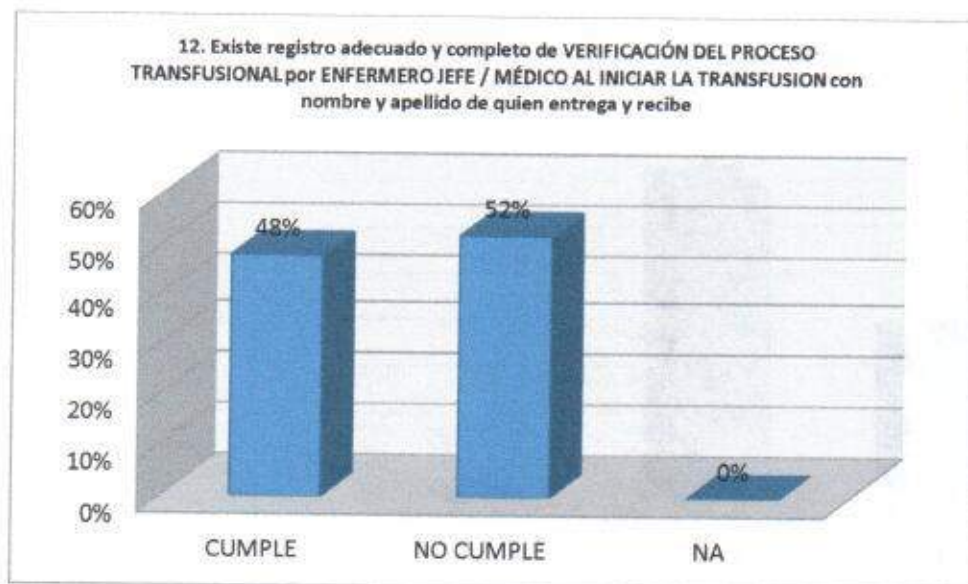
El registro de datos de componente sanguíneos cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 100% (21 pacientes evaluados).



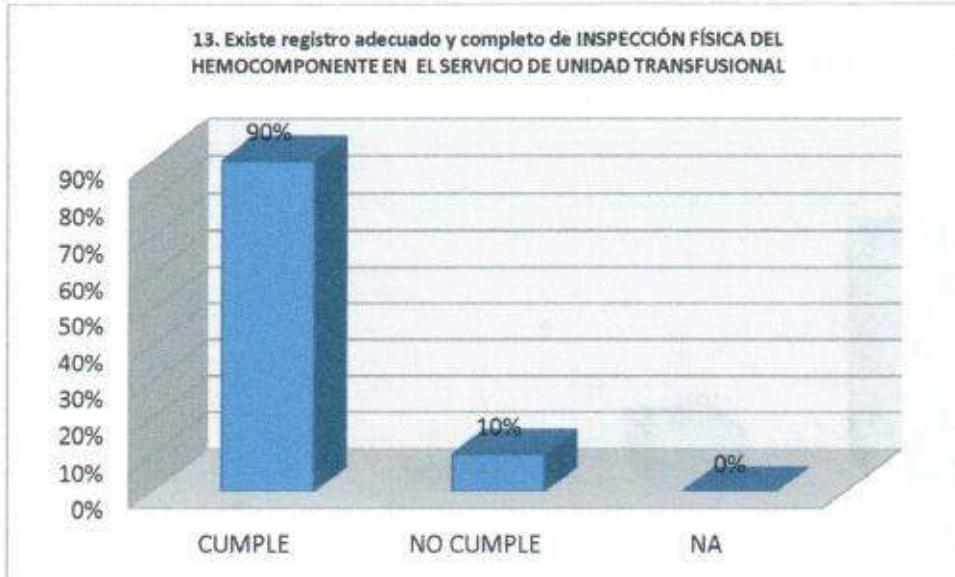
El registro de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por BACTERIÓLOGO -AUXILIAR DE ENFERMERIA / CAMILLERO-ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien recibe cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 100% (21 pacientes evaluados).



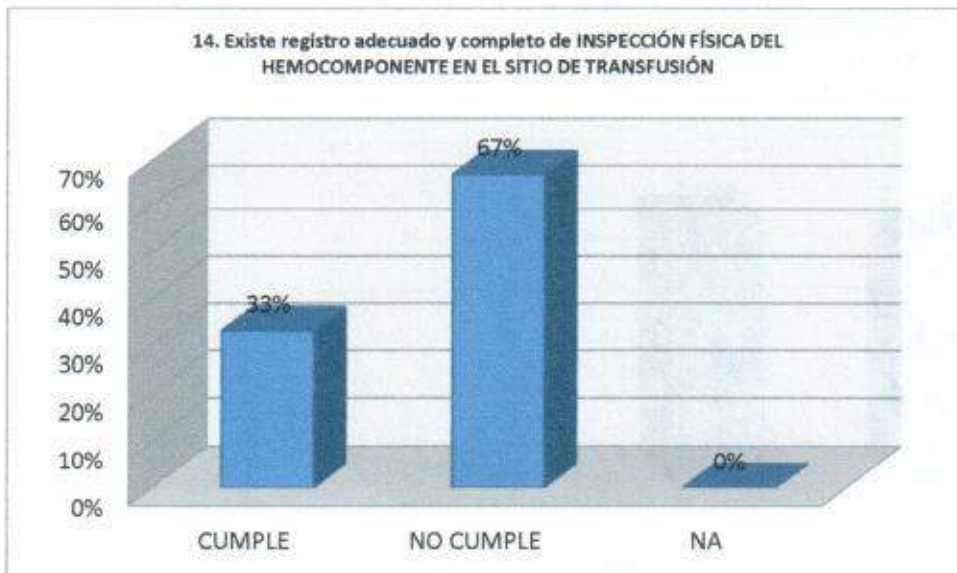
El registro VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por CAMILLERO / AUXILIAR DE ENFERMERIA - ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 81% (17 pacientes evaluados) y 19% no cumple (4 pacientes evaluados).



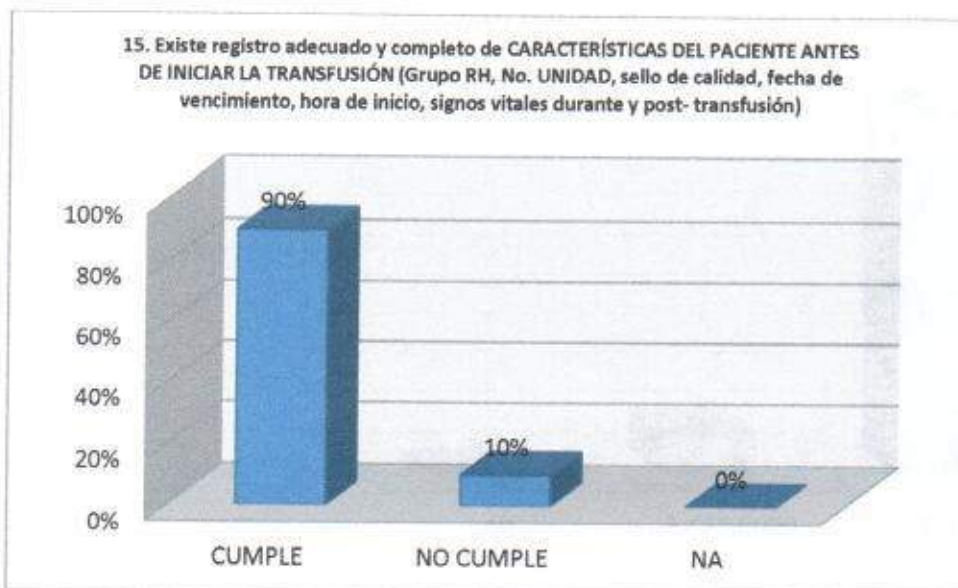
El registro de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por ENFERMERO JEFE / MÉDICO AL INICIAR LA TRANSFUSION con nombre y apellido de quien entrega y cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 48% (10 pacientes evaluados) y 52% no cumple (11 pacientes evaluados).



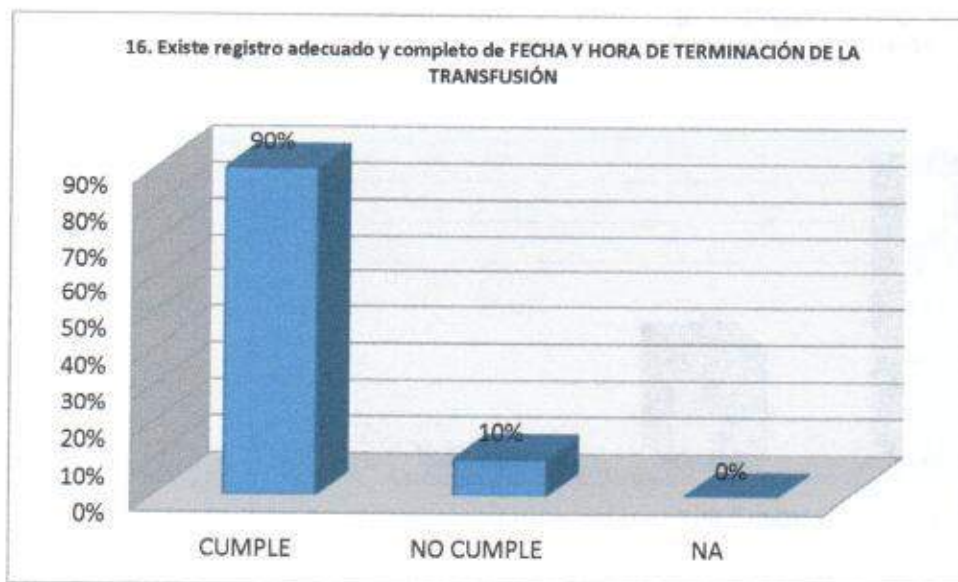
El registro de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SERVICIO DE UNIDAD TRANSFUSIONAL cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90% (19 pacientes evaluados) y 10% no cumple (2 pacientes evaluados).



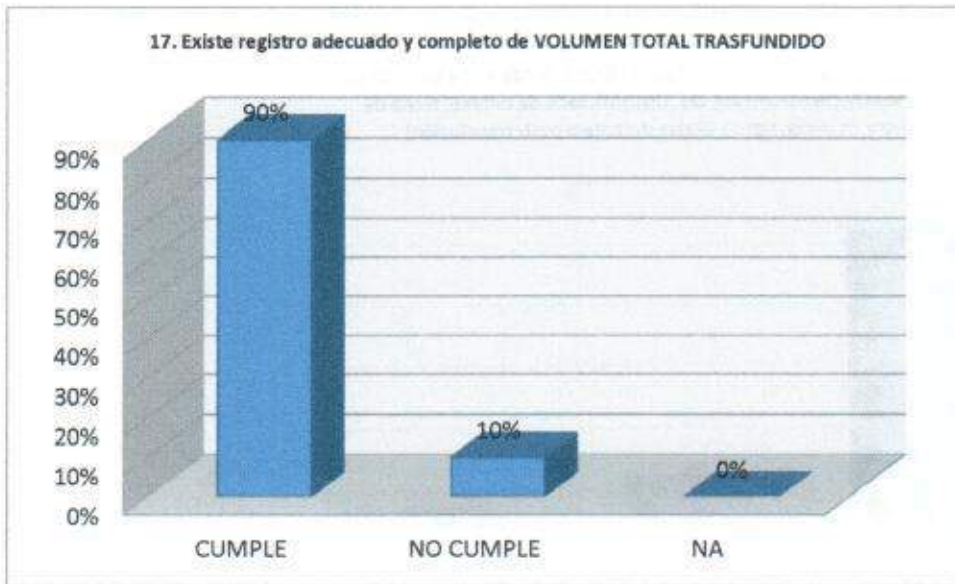
El registro de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SITIO DE TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 33% (7 pacientes evaluados) y 67% no cumple (14 pacientes evaluados).



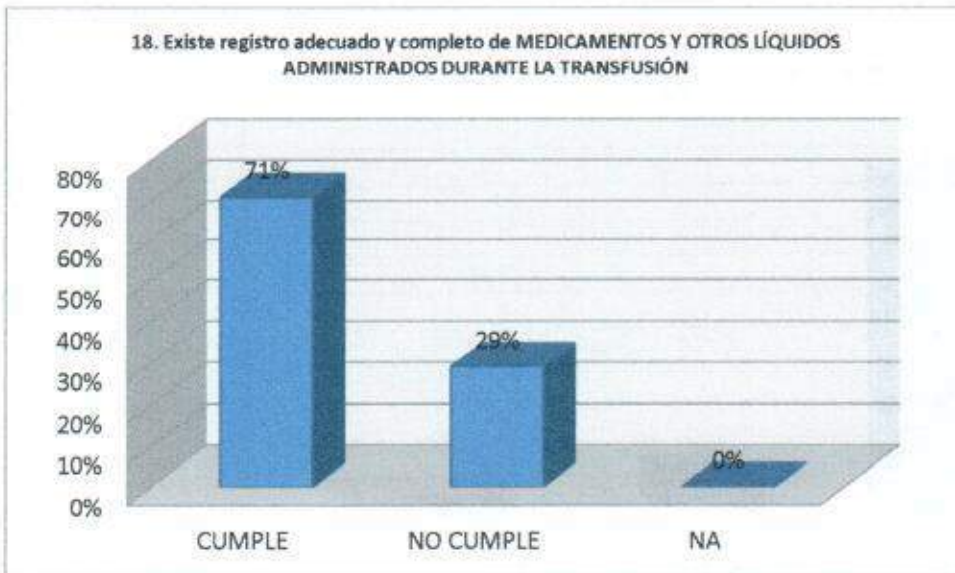
El registro de CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ANTES DE INICIAR LA TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90% (19 pacientes evaluados) y 10% no cumple (2 pacientes evaluados).



El registro de FECHA Y HORA DE TERMINACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90% (19 pacientes evaluados) y 10% no cumple (2 pacientes evaluados).



El registro de VOLUMEN TOTAL TRASFUNDIDO cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90% (19 pacientes evaluados) y 10% no cumple (2 pacientes evaluados).



El registro de MEDICAMENTOS Y OTROS LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 71% (15 pacientes evaluados) y 29% no cumple (6 pacientes evaluados).



El registro de REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSIÓN, MANEJO y NOTIFICACIÓN DEL EVENTO EN FORMATO DE REPORTE PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSA A LA TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90% (19 pacientes evaluados) y 10% no cumple (2 pacientes evaluados).

7. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

7.1. El resultado del indicador para la medición de adherencia a la aplicación de los documentos evaluados:

- LB-POES-117 POE INMUNOHEMATOLOGIA
- PR-05 PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE RESERVA y TRANSFUSIÓN SANGUINEA
- LB-POES-114 PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTÁNDAR (POES) RECEPCION, SOLICITUD Y MANEJO DE HEMOCOMPONENTES
- SSS-F-29 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES

en la ESE Hospital San Rafael de Tunja, para el segundo semestre del año 2015 fue de **80,95%**.

7.2. El formato de solicitud de transfusión cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 71% y 29% no cumple (no dato de trasfusión anterior, no fecha, no cama, no firma)

7.3. El registro de trazabilidad del hemocomponente, número, sello de calidad, fecha de vencimiento, temperatura, aspecto y nombres apellidos de quien recibe cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 95% y 5% no cumple (en uno de los casos evaluados se ingresa al sistema en laboratorio como GR y no como crioprecipitados)

7.4. El registro de pruebas de compatibilidad cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 100%.

7.5. En los ítems en los que se entrevistó al paciente, en el 29% de los casos no hubo acompañamiento del médico al inicio de la transfusión, (siendo este el cuarto registro más deficiente de los ítems evaluados) y en el 5% no se les informó sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones.

7.6. El formato de consentimiento informado para transfusión del hemocomponente cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 62% y 38% no cumple, siendo este el tercer registro más deficiente de los ítems evaluados.

7.7. El registro en las notas de enfermería de la historia clínica de la realización de la transfusión es del 100%.

7.8. En cuanto al FORMATO CONTROL DE TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS:

El registro de datos de componente sanguíneos y de verificación del proceso transfusional por BACTERIÓLOGO -AUXILIAR DE ENFERMERIA / CAMILLERO-ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien recibe cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 100%.

Los registros de inspección física del hemocomponente en el servicio de unidad transfusional, características del paciente antes de iniciar la transfusión, fecha y hora de terminación de la transfusión, volumen total transfundido y reacciones adversas a la transfusión, manejo y notificación del evento en formato de reporte para la investigación de las reacciones adversas a la transfusión cumplen con un adecuado y completo diligenciamiento en el 90%.

El registro de datos de identificación del paciente cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 86% y 14% no cumple.

El registro VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por CAMILLERO / AUXILIAR DE ENFERMERIA - ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 81% y 19% no cumple.

El registro de MEDICAMENTOS Y OTROS LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 71% y 29% no cumple, siendo este el cuarto registro más deficiente de los ítems evaluados.

El registro de VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por ENFERMERO JEFE / MÉDICO AL INICIAR LA TRANSFUSION con nombre y apellido de quien entrega y cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 48% y 52% no cumple predominando la ausencia de firma del médico, siendo este el segundo registro más deficiente de los ítems evaluados.

El registro de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SITIO DE TRANSFUSIÓN cumple con un adecuado y completo diligenciamiento en el 33% y 67% no cumple, predominando la ausencia del diligenciamiento de la temperatura, siendo este el registro más deficiente de los ítems evaluados.



8. RECOMENDACIONES

8.1. Resocializar el adecuado y completo registro del formato de solicitud de transfusión, consentimiento informado para transfusión del hemocomponente y registro de datos de identificación del paciente en el FORMATO CONTROL DE TRANSFUSIÓN GLOBULOS ROJOS.

8.2. Fortalecer el empoderamiento del médico en el proceso de transfusion en cuanto al acompañamiento del médico al inicio de la transfusión y la asertiva información sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones al paciente y VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por ENFERMERO JEFE / MÉDICO AL INICIAR LA TRANSFUSION.

8.3. Reforzar la VERIFICACIÓN DEL PROCESO TRANSFUSIONAL por CAMILLERO / AUXILIAR DE ENFERMERIA - ENFERMERO JEFE con nombre y apellido de quien recibe, el registro de MEDICAMENTOS Y OTROS LÍQUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA TRANSFUSIÓN y el registro de INSPECCIÓN FÍSICA DEL HEMOCOMPONENTE EN EL SITIO DE TRANSFUSIÓN.



Elaborado por: ANGELA LILIANA MEDINA SILVA
Lider de Seguridad del Paciente
Oficina de Calidad
ESE Hospital San Rafael

ANEXO NUMERO 16



Construyendo Camino a la Excelencia

POR METAS 31 DE DICIEMBRE 2015

SOPORTE SEGUIMIENTO RESOLUCIÓN N° 231 Y 288 DE 2013

MACROCOMITES

Dentro de la POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL, del PLAN DE DESARROLLO 2013 - 2016, se encuentra el Programa de Control y Monitoreo Institucional de Trabajo en Equipo "COMITE", el cual busca la creación, reglamentación, programación, ejecución y SEGUIMIENTO A LOS COMITES INSTITUCIONALES.

COMITES DE GERENCIA

7. SEGUIMIENTO COMITÉ DIRECTIVO										TOTAL
1	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								10	10	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CONCILIACIONES										
2	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								NA	NA	NA
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CARTERA										
3	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								4	5	80%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD										
4	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								6	6	100%
MACROCOMITE DE SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD										
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE IAMI										
5	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								4	5	80%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS										
6	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								4	5	67%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ FARMACIA Y TERAPEUTICO										
7	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								9	9	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA (GOVE)										
8	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								4	4	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ INFECCION INTRAHOSPITALARIA										
9	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								5	5	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ TRANSFUSION SANGUINEA										
10	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								8	9	89%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ HOSPITALARIO EMERGENCIAS Y DESASTRES										
11	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								8	8	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ ETICA HOSPITALARIA										
12	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								8	8	100%
TOTAL										
										42%

POR PROMEDIO 31 DE DICIEMBRE 2015

SOPORTE SEGUIMIENTO RESOLUCIÓN N° 231 Y 288 DE 2013

MACROCOMITES

Dentro de la POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL, del PLAN DE DESARROLLO 2013 - 2016, se encuentra el Programa de Control y Monitoreo Institucional de Trabajo en Equipo "COMITE", el cual busca la creación, reglamentación, programación, ejecución y SEGUIMIENTO A LOS COMITES INSTITUCIONALES.

COMITES DE GERENCIA

7. SEGUIMIENTO COMITÉ DIRECTIVO										TOTAL
1	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CONCILIACIONES										
2	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	NA
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CARTERA										
3	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	93%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD										
4	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
MACROCOMITE DE SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD										
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE IAMI										
5	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	96%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ HISTORIAS CLINICAS										
6	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	66%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ FARMACIA Y TERAPEUTICO										
7	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA (GOVE)										
8	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ INFECCION INTRAHOSPITALARIA										
9	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ TRANSFUSION SANGUINEA										
10	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	99%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ HOSPITALARIO EMERGENCIAS Y DESASTRES										
11	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ ETICA HOSPITALARIA										
12	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto
								0	0	100%
TOTAL										
										97%

MACROCOMITÉ DE SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA										MACROCOMITÉ DE SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA											
7. SEGUIMIENTO COMITÉ SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE BIENES (BAJAS)										7. SEGUIMIENTO COMITÉ SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE BIENES (BAJAS)											
QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	TOTAL	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	TOTAL
13							4	5	85%		13							4	5	85%	
7. SEGUIMIENTO COMITÉ CARTERA										7. SEGUIMIENTO COMITÉ CARTERA											
14	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	14							4	5	80%	87%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ GEASTION AMBIENTAL GAGAS										7. SEGUIMIENTO COMITÉ GEASTION AMBIENTAL GAGAS											
15	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	15	18						13	18	100%	100%
MACROCOMITÉ DE SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN ACTIVIDADES CON TALENTO																					
7. SEGUIMIENTO COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL										7. SEGUIMIENTO COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL											
16	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	16							5	5	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL										7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL											
17	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	17	3	3					3	3	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE BIENESTAR Y CAPACITACIÓN E INCENTIVOS										7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE BIENESTAR Y CAPACITACIÓN E INCENTIVOS											
18	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	18	3	3					3	3	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMISIÓN DE PERSONAL										7. SEGUIMIENTO COMISIÓN DE PERSONAL											
19	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	19	5	5					5	5	100%	100%
MACROCOMITÉ OFICINA ASESORA DESARROLLO DE SERVICIOS																					
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN CLÍNICA										7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN CLÍNICA											
20	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	20	7	7					7	7	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL										7. SEGUIMIENTO COMITÉ DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL											
21	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	21	3	3					3	3	100%	97%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ BIOCÉTICA INVESTIGACIÓN										7. SEGUIMIENTO COMITÉ BIOCÉTICA INVESTIGACIÓN											
22	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	22	3	3					3	3	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ DOCENTE SERVICIO										7. SEGUIMIENTO COMITÉ DOCENTE SERVICIO											
23	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	23	4	4					4	4	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ ARCHIVO										7. SEGUIMIENTO COMITÉ ARCHIVO											
24	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	24	16	16					16	16	100%	100%
7. SEGUIMIENTO COMITÉ ANTITRÁMITES Y GOBIERNO EN LÍNEA										7. SEGUIMIENTO COMITÉ ANTITRÁMITES Y GOBIERNO EN LÍNEA											
25	QUE	PORQUE	QUIEN	DONDE	COMO	CUANDO	Formula de	Avance	Meta	Cumplimie nto	25	5	5					5	5	100%	100%

% CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN N° 231 Y 288 DE 2013

% CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN N° 231 Y 288 DE 2013

ANEXO NUMERO 17



Construyendo Camino a la Excelencia

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

GRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN	PROCESOS INSTITUCIONALES
DERECHOS DEL PACIENTE	1	La institución cuenta con declaración de derechos y deberes	ESTRATEGICO- SIAU
	2	Garantía que tienen los usuarios a rechazar o participar de proyectos de investigación institucionales	ESTRATEGICO- GESTIÓN ACADÉMICA
	3	Código de ética	ESTRATEGICO-DIRECCIONAMIENTO-SIAU
SEGURIDAD DEL PACIENTE	4	Garantizar compromiso de tercerizados en la atención con respecto a los estándares de Acreditación.	PROCESOS DE APOYO-SERVICIOS DE APOYO
	5	Se tiene formulada, implementada y evaluada y difundida políticas de seguridad de pacientes	ESTRATEGICOS-GESTIÓN DE CALIDAD
	6	Medición de la cultura de seguridad, implementación, conformación del Comité de Seguridad.	ESTRATEGICO-GESTIÓN DE CALIDAD
	7	Implementación total de las recomendaciones que le sean aplicables de la guía técnica de buenas prácticas	ESTRATEGICO-GESTIÓN DE CALIDAD
ACCESO	8	Se garantiza el acceso de los usuarios, evaluación de barreras de acceso, desarrollo de acciones de mejora	MISIONAL- URGENCIAS
	10	Garantizado estilo de atención del usuario desde que llega hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial y es conocido por todo el personal.	MISIONAL- MACRO
	11	Se garantiza la cita del usuario con el profesional de su preferencia dentro de lo ofertado y disponibilidad de dicho profesional	MISIONAL- CONSULTA -EXTERNA
REGISTRO E INGRESO	12	Programación de la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los usuarios, teniendo en cuenta capacidad instalada, análisis de demanda por servicios y procesos de atención.	MISIONAL - CONSULTA EXTERNA
	13	Se cuenta con indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalarios con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para calidad.	ESTRATEGICOS-CALIDAD- MISIONALES CONSULTA EXTERNA.
	14	Se garantiza la información al usuario sobre los errores que se presta y los servicios a los que no estaría cubiertos y forma de acceder a ellos	ESTRETEGICOS- SIAU
	15	Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a quienes lo requieren	MISIONALES-CONSULTA EXTERNA
ALUACIÓN DE LA NECESIDADE S AL INGRESO			MISIONALES-CONSULTA EXTERNA
	16	Se tiene estandarizado proceso de asignación, registro, admisiones y preparación del usuario y se orienta sobre que debe hacer durante la atención, evaluación de cumplimiento y establecimiento planes de mejora	APOYO ATENCIÓN ADMINISTRATIVA AL USUARIO-FACTURACIÓN
	17	Se tiene estandarizado la información a entregar en el momento de ingreso al servicio de usuarios	MISIONALES CLINICAS MEDICAS, QUIRURGICAS-URGENCIAS Y SALUD EN EL TRABAJO
ALUACIÓN DE LA NECESIDADE S AL INGRESO	18	Los servicios asistenciales cuentan con guías y protocolos, con criterios explícitos en los que se establecen las necesidades de preparación para la realización de cualquier intervención	MISIONALES-CLINICAS QUIRURGICAS
	19	La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios	MISIONALES - CLINICAS MEDICAS, QUIRURGICAS, URGENCIAS, APOYO (IMÁGENES, LABORATORIO)
ALUACIÓN DE LA NECESIDADE S AL INGRESO	20	La organización garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención	MISIONALES- ESTRATEGICOS (GESTIÓN DE CALIDAD)
	21	La organización garantiza que esta en capacidad de identificar desde el momento del mismo ingreso si requiere AISLAMIENTO	ESTRATEGICOS-GESTIÓN DE CALIDAD-VIGILANCIA Y SALUD PÚBLICA

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

UBGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
		ESTRATEGICO-GESTIÓN DE CALIDAD- MISIONALES CLINICAS MÉDICAS
		MISIONALES
		MISIONALES- CLINICAS QUIRÚRGICAS
		MISIONALES-APOYO DE SERVICIOS DE SALUD- IMAGENOLOGIA
		MISIONALES-APOYO DE SERVICIOS DE SALUD- LABORATORIO CLINICO
		MISIONALES-CLINICAS QUIRÚRGICAS
		MISIONALES --CLINICAS QUIRÚRGICAS- MEDICAS
		MISIONALES CLINICAS MÉDICAS- QUIRÚRGICAS
		MISIONAL- CLINICAS MÉDICAS-QUIRURGICAS- URGENCIAS Y APOYO DE SERVICIOS DE SALUD.
		MISIONAL-APOYO DE LOS SERVICIOS DE SALUD- IMAGENOLOGIA
22	Se cuenta con procesos de evaluación, gerencia de riesgos y mecanismos para educar en autocuidado para los grupos poblacionales específicos.	
23	Se cuenta con procesos de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente. Se tienen en cuenta las guías de práctica clínica basadas en evidencia	
25	Se cuenta con historia clínica de los pacientes, atenciones y medicamentos relacionados con la prestación de servicios odontológicos ofertados	
26	El proceso de planeación de la atención en imagenología incluye implementación, se garantiza comunicación de resultados, correlación de los mismos y mecanismos de alarma para resultados críticos,	
27	Se cuenta con planeación de la atención en laboratorio clínico, donde se garantiza toma de muestras basado en evidencia, mecanismos para el reporte oportuno de resultados, mecanismos de correlación de resultados y mecanismo de alarma para resultados críticos	
	Se tiene estandarizado puntos claves de cuidado y tratamiento para procesos de atención oportuna y segura: atención partos de emergencia, Cuidados del recién nacido, planeación de cuidados especiales en cesáreas, partos inducidos, partos instrumentados, consejería en abortos espontáneos, trabajo de parto pretermino, coordinación entre servicios para detección oportuna y manejo de maternas de alto riesgo, rehabilitación, valoración nutricional, apoyo espiritual, religioso, criterio de ingreso u egreso a UCI....	
28	Se garantiza programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acorde con los problemas más significativos de salud pública se tiene en cuenta salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo, salud visual, salud oral, enfermedades crónicas y degenerativas, salud mental, enfermedades de transmisión por vectores, prevención de enfermedades infecciosas (Enf. diarreica aguda, inf. respiratorias, entre otras)	
29	Se garantiza que paciente y familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para el desarrollo de competencias de autocuidado durante la atención. Se tiene en cuenta: evaluación de necesidades, documentación, ejecución y evaluación de las mismas se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	
30	Se tiene definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Se debe tener en cuenta suficiencia del contenido de la información, habilidades de comunicación y diálogo de quien lo explica, diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz.	
31	Se garantiza el proceso de atención humanizada, se evidencia los usuarios son valorados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes, se garantiza la provacidad visual y auditiva, no discriminación, confidencialidad frente a la información, horarios establecidos a necesidad del paciente manejo respetuoso y considerado, abordaje integral en el manejo del dolor, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan la atención oportuna, estrategias de cuidado con orientación lúdica, gestión del riesgo relacionada con la humanización del servicio, la búsqueda de correctivos frente a las desviaciones encontradas.	
32		

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

SUBGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
		<p>La organización cuenta con procesos estandarizados que garantizan la prevención y control de infecciones durante el proceso de atención del usuario. Para esto se cuenta con admisión y transporte de los pacientes con infección, estandarización, implementación y seguimiento técnicas de aislamiento, garantía uso técnica aséptica, profilaxis antibiótica, uso de perfil de resistencia antibiograma, protocolo de desinfección, reporte de cultivo de superficies, vigilancia epidemiológica, acciones en caso de brotes infecciosos.</p>
39		<p>ESTRATEGICOS-GESTIÓN DE CALIDAD-VIGILANCIA Y SALUD PÚBLICA</p>
40		<p>MISIONALES TODOS INCLUYENDO APOYO SERVICIOS DE SALUD</p>
41		<p>MISIONALES TODOS INCLUYENDO APOYO SERVICIOS DE SALUD</p>
42		<p>MISIONALES TODOS INCLUYENDO APOYO</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

SUBGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
TRATAMIENTO	43	ESTRATEGICOS- SIAU
	44	MISIONALES TODOS INCLUYENDO APOYO
	45	MISIONALES - CLINICAS MEDICAS, QUIRÚRGICAS, URGENCIAS, APOYO (IMÁGENES, LABORATORIO) Y ESTRATEGICOS- GESTIÓN ACADÉMICA.
	46	ESTRATEGICOS-GESTIÓN DE LA CALIDAD
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	47	ESTRATEGICO-SIA

Se cuenta con un proceso específico estandarizado para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (según creencias religiosas)

se tienen procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución al tratamiento, si lo solicita o lo requiere a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a trav'es de cualquier mecanismo con que cuenta la organización, incluido el mismo profesional tratante.

Se cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto, están deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención, metas y objetivos claramente definidos y evaluados mediante indicadores de satisfacción de los usuarios y un sistema proactivo de mercado o información a potenciales usuarios; los programas se apoyan con materia educativa que facilitan el cumplimiento del objetivo; de todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica, la educación incluye participación en la seguridad durante el proceso de atención.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN. Se garantiza la revisión del plan individual de la atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, seguridad, oportunidad, y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.

Se cuenta con un proceso estandarizado que monitorea sistemática y periódicamente las sugerencias, solicitudes, quejas, reclamos de los usuarios y de igual manera el mecanismo de respuesta oportuna, efectiva y se retroalimenta al personal institucional sobre comportamientos y tendencias e intervenciones implementada para mejoramiento.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR
 MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

SUBGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN	PROCESOS INSTITUCIONALES
	48	Se cuenta con una definición interna que lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación. El personal asistencial lo conoce, lo aplica, acorde con lo definido, la evaluación de esto se hace con base en criterios explícitos y la priorización de la seguridad del paciente.	MISIONAL- URGENCIAS-CONSULTA EXTERNA
SALIDA Y SEGUIMIENTO	50	SALIDA Y SEGUIMIENTO. Se cuenta con un proceso estandarizado para el egreso del paciente, que garantiza al usuario y su familia. Esto incluye estrategias para identificar necesidades y planeación del cuidado continuo, estándares de tiempo para los procesos relacionados con el ingreso, incluida la facturación, el asegurar el acompañamiento en el caso que se requiera, comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora o similares para efectos de las autorizaciones y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento, planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluye lugar, fecha, razones de la referencia y persona a contactar, si aplica, reporte de resultados del cuidado y futuros necesarios. Existe para cada paciente que egresa un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos en otras partes, plan de cuidados para el egreso que incluye: información de los medicamentos y su admon, uso de equipo médicos, alimentación, rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica, y finalmente la evaluación y toma de correctivos a desviaciones encontradas.	MISIONALES
	51	Se asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población. Para esto se tiene en cuenta las políticas, directrices, procesos, procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud alineadas con las normas nacionales y territoriales de salud pública. De igual manera se asegura la existencia y aplicaciones de directrices y/o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente.	GESTIÓN DE LA CALIDAD
	52	Se cuenta con guías y criterios explícitos de los casos que se deben remitir, la documentación de las remisiones contienen la información clínica relevante del paciente, se brinda información clara y completa al usuario y familia sobre el proceso de remisión, los procedimientos administrativos a seguir. De igual manera se garantiza la retroalimentación del resultado de la atención y dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente, se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones y se toman correctivos frente a desviaciones.	MISIONALES-URGENCIAS

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

JBGGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
	<p>Para remisión a servicios específicos , se tienen en cuenta los siguientes criterios: REMISIÓN A LABORATORIO O IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Información necesaria para la solicitud, preparación requisito del exámen, disponibilidad para la toma de exámenes y procedimientos, definición si los exámenes se le entregan al paciente o al profesional tratante, en la historia clínica queda la evidencia de los resultados de los exámenes y conductas seguidas por el profesional tratante, los resultados deben ir acompañados de las respectivas lecturas. REMISIÓN A URGENCIAS, Prevía al traslado se debe garantizar la disponibilidad del servicio requerido en la institución remitida, el proceso de traslado se debe tener la información mínima que incluye como se transporta, porque, dónde, y quien recibe. Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman los correctivos de las desviaciones encontradas. REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS. Se informa al paciente donde y horario de suministro de medicamentos, se verifica la completitud y oportunidad en la entrega de los medicamentos. SERVICIOS AMBULATORIOS DE DIFERENTE COMPLEJIDAD. Se garantiza que al usuario se le explica la pertinencia de porque es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención , como solicitar la cita, los tamíes administrados, acciones coordinadas pra conocer la oportunidad ; REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN. Garantizar el proceso desde el centro asistencial, se cuenta con registros de quien coordina el trámite, quien lo va a recibir, donde se va a recibir, disponibilidad de cama hospitalaria, evidencia de las condiciones necesarias para la continuidad de la atención. REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, INFORMACIÓN AL MÉDICO O LA ORGANIZACIÓN REMITENTE. La remisión debe contener el resumen de las condiciones clínicas del paciente y las indicaciones. Se cuenta on mecanismos estandarizados de comunicación y acuerdo entre los profesionales remitentes, dejando siempre constancia del consenso logrado</p>	<p>PROCESOS INSTITUCIONALES</p>
53	<p>Se garantiza la existencia de protocolo y criterios explícitos , motivos de referencia , fechalgares, información de los usuarios, cuando donde se remiten, información clínica relevante. se brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir , protocolo de mantenimiento y conservación de las muestras previo al envío, existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido, protocolo de recepción de muestras transportadas y se llevan estadísticas de segundas muestras por problemas preanalíticos.</p>	<p>MISSIONALES- URGENCIAS</p>
54	<p>En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario para informar sobre los trámites a realizar en caso de necesitar u proceso de remisión a solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor</p>	<p>MISSIONALES - LABORATORIO CLINICO- IMAGENOLOGIA</p>
55	<p>En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario para informar sobre los trámites a realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.</p>	<p>MISSIONALES - IMAGENOLOGIA</p>
56	<p>En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.</p>	<p>MISSIONALES - APOYO SERVICIOS DE SALUD-TERAPIA</p>

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

MATRIZ DE CORRELACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN CON PROCESOS INSTITUCIONALES

SUBGRUPOS	N° DE ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN	PROCESOS INSTITUCIONALES
	57	Se cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observa un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.	APOYO ADMINISTRATIVO AL USUARIO- FACTURACIÓN.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTANDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con mecanismos para validar la información. • La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (fresgo, gravedad, complejidad, etc.). • Se articula información clínica y administrativa. • Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias. • Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo. <p>140</p> <p>evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Un proceso de implementación basado en prioridades. • La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Flujo de la información. • Minería de datos. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confiabilidad de la información. • Uso de la información. • El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. • Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información. • Cualquier distinción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta. • La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización. • Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. • Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Comparación con mejores prácticas. • Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>
<p>141</p>	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTANDAR		PROCESOS INSTITUCIONALES
142	<p>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.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>
143	<p>La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los costos asociados. • El entrenamiento al personal. • Los aspectos éticos. • La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.) 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>
144	<p>Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de backups y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la información. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>145</p> <p>Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad. • Facilidad de acceso. • Confiabilidad y validez de la información. • Seguridad. • Veracidad. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>
<p>146</p> <p>Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transmisión del dato. • La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato. • Los permisos asignados a cada responsable. • La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o electrónica. • La generación de información útil en los niveles operativos. • La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>
<p>147</p> <p>Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización. • La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas. • Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático. • Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTANDAR	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	PROCESOS INSTITUCIONALES
148	<p>La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden, Legibilidad y concordancia clínico-patológica. • Claridad y actualización de los registros clínicos. • Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos. • Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos. • Garantía de la custodia de los registros clínicos. • Unidad de los registros clínicos para cada usuario. • Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos. • Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica. • Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de implementación HC</p>
149	<p>Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantiza el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.</p>	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de implementación HC</p>
150	<p>Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.</p>	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de implementación HC</p>
151	<p>La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con mecanismos para validar la información. • La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.). • Se articula información clínica y administrativa. • Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias. • Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de implementación HC</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>152</p> <p>Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.</p>	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de Implementación HC</p>
<p>153</p> <p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de • autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados. 	<p>PROCESOS DE APOYO TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES - TICS</p> <p>Líderes de Implementación HC</p>
<p>152</p> <p>Criterios:</p>	

ANEXO NUMERO 18



Construyendo Camino a la Excelencia

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN	PROCESOS INSTITUCIONALES
75	<p>Se cuenta con proceso periódico, sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico para lo cual se tiene en cuenta que la Junta Directiva, el equipo directivo participan en la definición, revisión y actualización del direccionamiento estratégico, aspectos éticos, normativos, cambios del entorno, seguridad del paciente y colaboradores, enfoque y gestión del riesgo, humanización de la atención al paciente y la familia,, análisis de los aspectos de la comunidad tales como : valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales que orientan la prestación de los servicios, la sinergia y coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios, responsabilidad social con el usuario, colaboradores, comunidad, medio ambiente, definición del propósito de la organización establecido en la misión institucional, la visión enfocada a la organización en el desarrollo del servicio, voz del cliente interno y su responsabilidad frente a los colaboradores, necesidades del usuario y su familia. Al igual se evidencia que la organización interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable y hace referencia comparativa y competitiva en busca del fortalecimiento en el proceso de mejoramiento.</p>	<p>ESTRATEGICO-DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>
76	<p>Se garantiza la construcción del plan estratégico institucional basado en el direccionamiento estratégico. Su formulación esta estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. Se tiene en cuenta que los objetivos contenidos en la plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados, se garantiza la formulación participativa del plan estratégico a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico institucional. Estos planes son aprobados en la instancia correspondiente, se asignan recursos físicos, financieros y de talento humano, existe el sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. la Junta Directiva evalúa el cumplimiento del Plan estratégico.</p>	<p>ESTRATEGICO-DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>
77	<p>Se garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico en todos los niveles de la organización y partes interesadas. Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.</p>	<p>PROCESO DE APOYO-COMUNICACIONES Y MEDIOS</p>
78	<p>La alta dirección promueve, desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de tecnología, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>GESTIÓN DE LA CALIDAD- ACREDITACIÓN</p>
79	<p>La política de atención humanizada y de respeto al paciente, su privacidad y dignidad es promovida, delegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización independientemente del tipo de vinculación. Ser toman correctivos frente a las desviaciones encontradas</p>	<p>ESTRATEGICOS. SIAU</p>

	<p>La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población sin discriminación. La política parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución. Dicha política esta dirigida a los usuarios y sus familias, promueve el uso de buenas practicas, la promoción y prevención, esta alineada con las normas nacionales y territoriales de la salud publica, tiene definido el despliegue, asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión. Se asegura la instalación de estructuras e instalaciones, recursos a fin de plicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción y prevención</p>	ESTRATEGICOS. SIAU- (promoción y precención?)
80	<p>Exite un proceso que garantiza la ejecución de los planes operativos y estrategicos y la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar las actuales y futuros servicios y programas de la organización.</p>	APOYO- GESTIÓN FINANCIERA.
81	<p>Exite un proceso para evaluar la gestión clínica y modelo de prestación de la organización para lo cual se tiene en cuenta resultado de indicadores del sistema de inforamción para la calidad, evaluación de la gestión clínica incluyendo resultados clínicos ajustados, evaluación de los atributos de calidad y su mejoramiento, evaluación de la revisión de utilización, sobreutilización y subutilización, evaluación de gestión de riesgo, se toman correctivos sobre desviaciones.</p>	ESTRATEGICO-GESTIÓN DE LA CALIDAD- HABILITACIÓN
82	<p>Se garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estrategico de la organización y se relaciona con el desarrollo de acciones realionadas con la seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología, inducción y reinducción, evaluación del direccionamiento estrategico en el desempeño del colaborador , y se toman correctivos frente a desviaciones encontradas</p>	PROCESO DE APOYO. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
83	<p>Se cuenta con un proceso y procedimiento de asesoría y educación continua a la Junta Directiva. Esto incluye orientación al ingreso en temas como plataforma estrategica, procesos de direccionamiento en salud, así como desarrollar reuniones exitosas. Esta educación continua debe ser sostenible en el tiempo y debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas, y los procesos inherentes a la atención de los usuarios y sus familias, esta definido como y cuando los directores asesoran a la Junta Directiva, se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
84	<p>Exite un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye. Personal clinico-docente con formación en pedagogía, experiencia docente, políticas de formación y educación continua, políticas de investigación, plan de desarrollo docente, definición clara de roles, asignación de responsabilidades, definición de recursos aportados por las partes, evaluación de competencias, evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.</p>	ESTRATEGICO-GESTIÓN ACÁDEMICA
86	<p>La gestión de oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejora continua, se desarrolla teniendo en cuenta el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, la implementación de oportunidades de mejora priorizadas, la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, el seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación de cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad y la comunicación de resultados.</p>	ESTRATEGICO-GESTIÓN DE CALIDAD
87		

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>88</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>ESTRATEGICO-SIAU</p>
<p>89</p> <p>La alta dirección promueve, dirige y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollen en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	<p>ESTRATEGICO -SIAU, MISIONALES-CLINICAS MÉDICAS</p>
<p>90</p> <p>Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, sobretura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO-GERENCIA</p>
<p>91</p> <p>La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora. 	<p>ESTRATEGICO-CALIDAD-PROCESOS</p>
<p>92</p> <p>La alta gerencia promueve la comparación, sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye un proceso planificado para la actualización en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación, una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.) procesos de gestión clínica - adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, evaluación de resultados - riesgos, eventos adversos, seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y de la tecnología, se implementan acciones de mejora a partir de procesos de referenciación realizados.</p>	<p>ESTRATEGICO-CALIDAD-ACREDITACIÓN</p>
<p>93</p> <p>Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantiza una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es documentado a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la atención de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. • Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y reorientación. • Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. • Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 	<p>ESTRATEGICO-CALIDAD-(habilitación, Acreditación, Seguridad del paciente, epidemiología)</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
94	<p>La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. • Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. • Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento <p>La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.</p>
95	<p>La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.</p> <p>Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.
96	<p>Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una política clara emanada de la alta gerencia que define las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo. • Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes. • Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar • Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores. • Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos. • Los clientes internos y el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización. • La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores. • La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.
97	<p>PROCESOS DE APOYO-GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO GESTIÓN JURÍDICA.</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>98</p> <p>Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Le anterior se logra a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de prioridades en el plan estratégico. • Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. • Evaluación de los recursos disponibles. • Balance oferta demanda. • Análisis de los presupuestos. • Evaluación de costos. 	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN FINANCIERA</p>
<p>99</p> <p>Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo • Monetización 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. 	<p>PROCESOS DE EVALUACIÓN; APOYO: FINANCIERA, GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.</p>
<p>100</p> <p>Cuando la organización decide delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:</p> <p>Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y esenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización. • La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo. • Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero. 	<p>PROCESOS DE APOYO, SERVICIOS DE APOYO.</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES	
101	<p>La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio prácticas y la investigación para lo cual tiene en cuenta los requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa, identificación de recursos para la práctica formativa, desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que genere conocimiento, desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que genere conocimiento, actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas; balanceo y costo beneficio de la relación docencia servicio y de investigación, balanceo y adecuación de infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades del personal en práctica formativa.</p>	<p>PROCESO ESTRATEGICO-GESTIÓN ACADEMICA</p>
102	<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que aplique al grupo de estándares se desarrolla teniendo en cuenta el enfoque organizacional, la implementación de oportunidades de mejora prioritarias, la remoción de barreras, la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, el seguimiento a los resultados de mejoramiento, la verificación de cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad, la comunicación de resultados.</p>	<p>PROCESOS ESTRATEGICOS- CALIDAD</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

1º DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>Tales como:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación. • Cambios en el direccionamiento estratégico. • Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional. • Cambios en la planta física. • Cambios en la complejidad de los servicios. 	<p>APOYO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
<p>La asignación de talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:</p> <p>criterios:</p> <p>Requisitos y perfil del cargo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los patrones de carga laboral del empleo • Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales • Cambios en la oferta y la demanda del servicio • Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera. • Supervisión del personal en entrenamiento si así aplica. • Asignación de reemplazos en caso de inducción, reincidencia, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos entre otras. • Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención. 	<p>APOYO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
<p>105</p> <p>profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contrastar la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación. • Licenciamiento o certificación, si aplica. • Experiencia requerida. 	<p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
<p>106</p> <p>Existen un mecanismo apropiado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participan en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación. • Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales. • En relación con los registros de los colaboradores se garantiza: 	<p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
<p>107</p>	<p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

PROCESOS INSTITUCIONALES	APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
<p>1º DE ESTÁNDAR</p> <p>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:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección 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. 	<p>La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

* DE ESTÁNDAR		PROCESOS INSTITUCIONALES
109	<p>institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La competencia es evaluada desde el proceso de selección. • El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique. • El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización. • En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales. • Se provee retroalimentación a los evaluados. • El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización. <p>La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo. • Pasos o fases del proceso de atención. • Seguridad del paciente. • Humanización del servicio. • Habilidades comunicativas. • Entoque de riesgo. 	<p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
110	<p>La organización promueve desarrollo 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.</p>	<p>PROCESOS ESTRATEGICOS, MISIONALES, DE APOYO Y DE EVALUACIÓN</p>
111	<p>En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza evaluación de la cultura organizacional. • Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados. • Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural. 	<p>PROCESOS DE APOYO: COMUNICACIÓN Y MEDIOS</p>
112	<p>En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza evaluación de la cultura organizacional. • Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados. • Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural. 	<p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
113	<p>la organización promueve, desarrolla. Y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye:</p> <p>critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Trato humano, calido, cortés y respetuoso. .consideración del entorno personal y familiar: análisis de panorama de riesgos .remuneraciones, incentivos y bienestar. Medición de fatiga y stress laboral carga laboral, turnos y rotaciones ambiente de trabajo. abordaje de enfermedad profesional Preparación para la jubilación y el retiro laboral mejoramiento de la salud ocupacional <p>PROCESOS DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p>
114	<p>organizacional. Esto se consiera si:</p> <p>critérios</p> <ul style="list-style-type: none"> .se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores. .A partir de los resultados evaluados se generan planes de mejoramiento los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento. <p>APOYO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>
115	<p>Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.</p> <p>PROCESO ESTRATEGICO-GESTIÓN ACADÉMICA</p>
116	<p>Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, si aplica.</p> <p>PROCESO ESTRATEGICO-GESTIÓN ACADÉMICA</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR		PROCESOS INSTITUCIONALES
117	Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.	PROCESO ESTRATEGICO-GESTIÓN ACADÉMICA
118	La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por el proceso de atención y por los clientes internos y externos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. lo anterior incluye: el enfoque organizacional de mejoramiento continuo la articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, el seguimiento a resultados de mejoramiento, la verificación de cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad la comunicación de los resultados.	APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. • Enfoque de riesgo. • Mejoramiento de la seguridad industrial. • Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. • La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. • La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores. • Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc. • Condiciones para la humanización del ambiente físico. <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>APOYO: GESTIÓN AMBIENTAL</p>
120	APOYO: GESTIÓN AMBIENTAL

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
121	<p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios: • Política de gestión ambiental responsable. • Fomento de una cultura ecológica. • Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros). • Reciclaje. • Riesgos de contaminación ambiental. • Aportes de la organización a la conservación del ambiente. <p>La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso). • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. • Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique. • La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización.
122	<p>APOYO: GESTIÓN AMBIENTAL</p> <p>APOYO: GESTIÓN AMBIENTAL</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

<p>DE ESTÁNDAR</p>	<p>PROCESOS INSTITUCIONALES</p>
<p>La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres. • El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica. • Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. • La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación. • Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres. • Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye: <ul style="list-style-type: none"> yy Disposición de áreas para la recepción de los afectados. yy Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. yy Aplicación de un sistema de triaje. • Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios. • Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. • Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias. • Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios. • El proceso está acorde con los códigos aprobados. • Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. 	<p>PROCESO DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p>
<p>123</p>	

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
124	<p>Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte de los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención. <p>La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación. • Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes. • Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente. • Designación de un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. • Contacto con la Policía y la familia del paciente. <p>PROCESO DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p>
125	<p>La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.</p> <p>La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de humedad, ruido, iluminación. • Promoción de condiciones de silencio. • Señalización adecuada, sencilla y suficiente. • Ambiente de trabajo adecuado. • Reducción de la contaminación visual y ambiental. • Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios. <p>PROCESO DE APOYO-SERVICIOS DE APOYO (tercerizados)</p>
126	<p>La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.</p> <p>La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de humedad, ruido, iluminación. • Promoción de condiciones de silencio. • Señalización adecuada, sencilla y suficiente. • Ambiente de trabajo adecuado. • Reducción de la contaminación visual y ambiental. • Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios. <p>PROCESO DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p>
127	<p>APOYO: GESTIÓN AMBIENTAL</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>128</p> <p>En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.</p> <p>Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación. <p>mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de 	<p>PROCESO DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>PROCESO DE APOYO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. GESTIÓN AMBIENTAL</p>
<p>129</p>	

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 rehabilitación 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 usuarios. <p>130</p> <p>monitoreización, control y reposición de la tecnología. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (preuestos, 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 <p>131</p>	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO</p> <p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO</p>

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución. • La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa. • La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos 	<p>PROCESOS DE APOYO: GESTIÓN DE LA RECNOLOGIA, MISIONALES: APOYO SERVICIOS DE SALUD : FARMACIA, LABORTORIO</p>
<p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.</p>	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLGIA Y AMBIENTE FISICO</p>
<p>La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda. • Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario. • Se evalúan los tiempos de parada de equipos por razones de mantenimiento o daño y se toman las medidas de contingencia necesarias. • Todas las tecnologías objeto de intervenciones de mantenimiento o reparación cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso, si la situación lo amerita. • Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas. • Se da información al usuario, si la situación lo requiere. 	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLGIA Y AMBIENTE FISICO</p>

132

133

134

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

N° DE ESTÁNDAR	PROCESOS INSTITUCIONALES
<p>La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Contabilidad y seguridad. • Facilidad de operación. • Articulación con el direccionamiento estratégico. • Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige. 	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO</p>
<p>La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.</p>	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO</p>
<p>La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apunten al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados. 	<p>PROCESO DE APOYO: GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO</p>

ANEXO NUMERO 20



Construyendo Camino a la Excelencia

