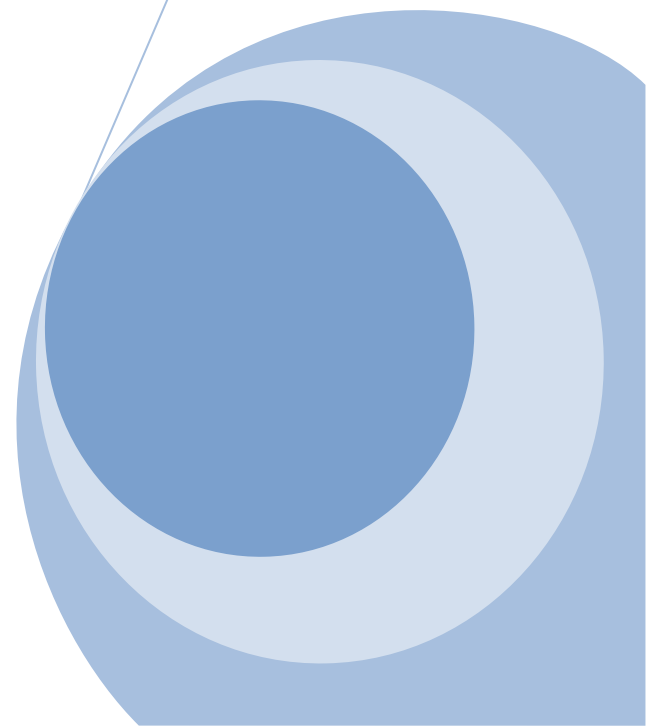


**INDICADORES DIRECCION Y GERENCIA
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA
CALIDAD**

Hospital Universitario San José de Popayán
E.S.E.

Año 2019





No.	TEMA
3	Introducción
ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA	
4	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
12	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	
21	Indicadores



INTRODUCCIÓN

Las actividades desarrolladas en el año 2019 corresponden a lo planeado dentro del plan de desarrollo institucional y el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. De esta manera se continuó con el ejercicio ya establecido para el Hospital, para no afectar el normal funcionamiento de la institución.

Para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se cuenta con grupos de mejoramiento y una agenda anual para la ejecución y seguimiento de actividades.

Se facilitaron las herramientas y los recursos necesarios para continuar con las actividades planeadas.



A continuación se desarrolla cada uno de los indicadores:

A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA.

1. Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Indicador según resolución 408 de 2018: resultado de autoevaluación diciembre de 2019

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Satisfactorio (Meta)	Resultado del periodo evaluado
Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	$\geq 1,20$	$2,2 / 3,3 = 0,6$

Soporte: Plan Operativo Aseguramiento de la Calidad

En Diciembre 2019 se realizó la autoevaluación cuanti y cualitativa de los estándares de acreditación correspondiente al periodo anual, obteniendo una calificación de 2,2; la cual al ser comparada con el resultado de la vigencia 2018 se obtiene un valor de 0,6.

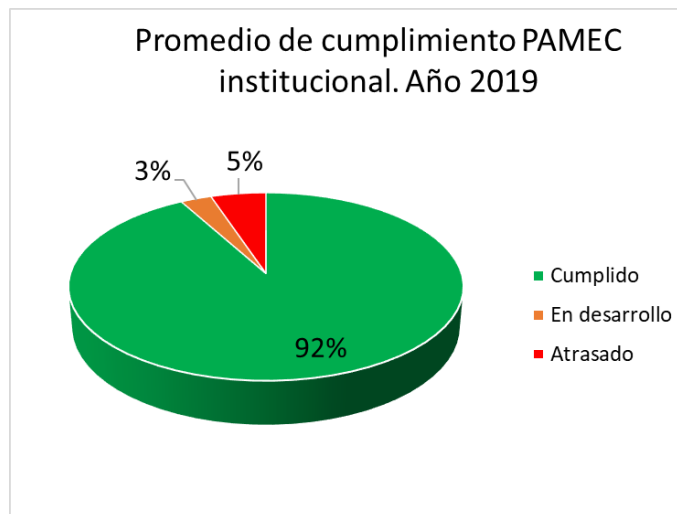
Es importante aclarar que la calificación responde al mejoramiento en los conocimientos y práctica de los equipos de mejoramiento y el interés por mejorar de acuerdo a la capacitación recibida, a los cambios normativos y a los ajustes en el funcionamiento de la institución. Además de las recomendaciones en la visita del asesor externo de acreditación donde se incluyeron muchas oportunidades de mejora identificadas por dicho equipo lo que permitió una autoevaluación por parte de los grupos con una nueva mirada, convirtiéndose en un proceso dinámico que establece una nueva línea de partida para la preparación para la acreditación.



2. Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Durante el año 2019 se realizó socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, el cierre de recepción de actividades fue el 31 de diciembre de 2019, generando el siguiente cumplimiento:

Las actividades cumplidas en el año representan en promedio el 92%, actividades en desarrollo el 3% y atrasadas el 5%



PAMEC 2019	ENERO A DICIEMBRE 2019				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	84	78	1	5	93%
Direccionamiento	39	34	2	3	87%
Gerencia	31	25	2	4	81%
Mejoramiento	16	16	0	0	100%
Gerencia de talento humano	41	39	1	1	95%
Gestión del ambiente físico	39	38	1	0	97%
Tecnología	23	22	1	0	96%
Gerencia de la información	37	34	1	2	92%
Total	310	286	9	15	92%



1. PAMEC Cliente asistencial:



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	78
ATRASADO	5
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC ASISTENCIAL fueron:

- Solicitar la vinculación al equipo de SIAU de un auxiliar que hable la lengua NASA y/o MISAK
- Solicitar la elaboración de material didáctico en lengua NASA y/o MISAK
- Realizar Taller de Prácticas Seguras relacionado con Reporte Voluntario de Eventos Clínicos
- Realizar Boletín Mensual de eventos Adversos más frecuentes en el Hospital
- Realizar socialización de Medición de Cultura de Seguridad 2018
- Realizar Referenciación con Institución Acreditada para estrategia de retroalimentación de análisis y gestión de eventos clínicos
- Actualizar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares.
- Socializar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares.
- Evaluar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares a través de Rondas de Seguridad
- Realizar evaluación de la Política de Seguridad del Paciente
- Socializar Resultados Evaluación de la Política de Seguridad del Paciente en reunión de II nivel cliente asistencial
- Gestionar la implementación plataforma educativa para formación continua en Seguridad del Paciente
- Realizar reuniones de seguimiento al programa de seguridad del paciente con Aseguradoras
- Formular propuesta para conformación de equipos de respuesta rápida



- Implementar cronograma de educación en el autocuidado al paciente y su familia durante el proceso asistencial dejando un tema por mes
- Diseñar, implementar y analizar el Indicador de demanda insatisfecha en urgencias adultos, urgencias pediatría, urgencias ginecobstetricia.
- Definir los riesgos del paciente desde el ingreso al hospital (no únicamente los riesgos clínicos) - paciente ambulatorio
- Realizar medición de respuesta de interconsultas, según la pertinencia y clasificación.
- Realizar seguimiento a las oportunidades de mejora de los indicadores de respuesta de interconsulta
- Actualizar las guías de practica clínica en el formato donde se incluyó el ítem de educación al paciente y su familia, según cronograma anual
- Actualizar el listado maestro en vulcano
- Actualizar los folletos educativos en los servicios
- Socializar los resultados de la identificación de necesidades al equipo II nivel
- Definir plan de mejora según hallazgos identificados en las necesidades
- Gestión de proyecto para realizar circuito cerrado de educación para los televisores de cada servicio
- Solicitar a subgerencia científica la conformación de equipo de educación al usuario y su familia
- Evaluar la adherencia al procedimiento de mecanismos de alarma para resultados críticos por parte de imágenes diagnosticas
- Realizar referenciación interna del proceso de imagenología con el proceso de laboratorio clínico de manera que se pueda implementar los controles necesarios.
- Socializar y concertar el estudio de suficiencia de personal a reunión II nivel asistencial
- Gestionar el fortalecimiento del personal de Psicología, terapia física, respiratoria y fonoaudiología ante subgerencia científica para los procesos asistenciales según capacidad instalada
- Gestionar el fortalecimiento del personal de nutrición ante subgerencia científica para los procesos asistenciales según capacidad instalada
- Actualizar criterios de ingreso y egreso de uci - críticos
- Brindar educación continua y actividades lúdicas para los niños y continuación de la escolaridad
- Socializar a II nivel cliente asistencial el listado de servicios que se prestan diurnos y nocturnos
- Presentar a la subgerencia científica propuesta para fortalecer el proceso de egreso en internación (posiblemente servicio de pre alta)
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de promoción y prevención
- Socializar los resultados de las actividades de promoción y prevención desarrolladas
- Definir espacios para la comunicación e información al usuario, en casos que el médico tratante lo requiera
- Incluir en la encuesta de satisfacción del usuario si se ha sentido discriminado (a)
- Gestionar con los sindicatos el curso con el Sena de atención humanizada para la institución
- Realizar campaña de respeto a la conciliación del sueño
- Socializar el manual de enfoque diferencial al equipo II nivel
- Realizar seguimiento al cumplimiento del manual de enfoque diferencial
- Actualizar el procedimiento de manejo de cadáveres
- Socializar el procedimiento de manejo de cadáveres en reunión II nivel
- Socializar resultados de las rondas de humanización



- Socializar los resultados del indicador de satisfacción global del usuario por servicio.
- Realizar los ajustes pertinentes al indicador de satisfacción global del usuario según necesidades de los servicios
- Socializar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnósticas por parte del profesional médico en reunión II nivel
- Actualizar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de cirugía
- Socializar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de cirugía en reunión II nivel
- Evaluar adherencia al procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de Cirugía
- Socializar los resultados de la adherencia al procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de Cirugía
- Socializar el procedimiento de priorización de pacientes en imágenes diagnósticas
- Socializar los resultados de la evaluación de Adherencia del procedimiento de la entrega de los resultados críticos y de consulta externa para imágenes diagnósticas
- Socializar el procedimiento de entrega de resultados críticos y no críticos en el laboratorio de Patología en II nivel
- Socializar la herramienta para hacer el seguimiento de las interconsultas
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al niño(a) y adolescente con diagnóstico de abuso sexual
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al niño(a) y adolescente con diagnóstico de maltrato infantil
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al paciente con diagnóstico de violencia intrafamiliar
- Realizar plan de mejora frente a los hallazgos de las evaluaciones de adherencia de trabajo social
- Socializar procedimiento de seguimiento a egreso de pacientes quirúrgicos ambulatorios
- Socializar las causas de reingreso más frecuentes en el año 2018
- Gestionar un desarrollo para identificar los pacientes consultados crónicos en la institución
- Realizar un desarrollo para identificar los pacientes consultadores crónicos en la institución
- Socializar los resultados de la identificación de los pacientes consultadores crónicos para toma de acciones
- Actualizar el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
- Socializar y evaluar al personal médico el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
- Socializar el procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas en II nivel
- Socializar los resultados de la evaluación del procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas
- Socializar el procedimiento y formato de entrega de resultados para las muestras patológicas e imágenes diagnósticas especificando los tiempos de entrega,



incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos

- Socializar resultados de evaluación el procedimiento y formato de entrega de resultados para las muestras patológicas e imágenes diagnósticas especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
- Socializar el procedimiento de transporte de muestras interinstitucionales
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Realizar socialización sobre Farmacovigilancia
- Socializar el ciclo de atención en los servicios
- Actualizar el procedimiento de conciliación medicamentosa
- Socializar el procedimiento de conciliación medicamentosa

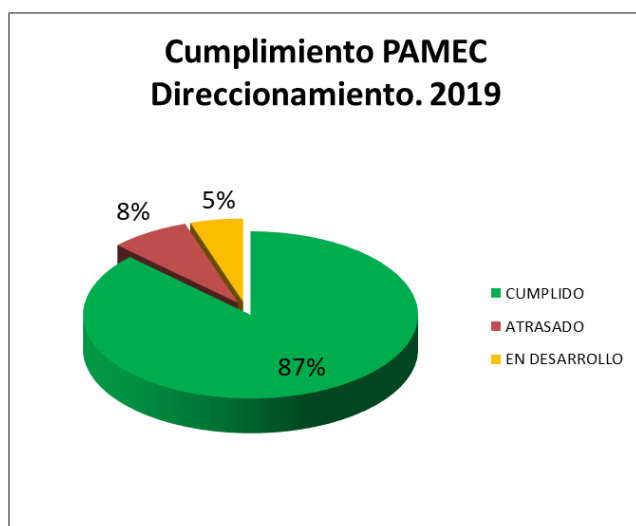
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Gestionar la inclusión de sedación para curaciones de pacientes quemados y parto sin dolor

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Realizar videos para educar a los pacientes por servicios
- Definir acciones de mejora según hallazgos de encuesta de satisfacción del usuario respecto a la discriminación
- Incluir en el procedimiento de planeación de la atención, conciliación, cuidado y tratamiento farmacológico la información sobre los medicamentos a cargo del químico farmacéutico.
- Socializar el procedimiento de planeación de la atención, conciliación, cuidado y tratamiento farmacológico
- Elaborar procedimiento de seguimiento a egresos hospitalarios

2. PAMEC DIRECCIONAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	34
ATRASADO	3
EN DESARROLLO	2



Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC DE DIRECCIONAMIENTO fueron:

- Socializar el perfil sociodemográfico 2018 a los equipos de II nivel
- Incluir en el ajuste al direccionamiento estratégico 2019 los aspectos de la comunidad identificados en el perfil sociodemográfico (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- Incluir en el ajuste al plan de comunicaciones, las estrategias implementadas en la institución para la escucha del cliente interno
- Realizar seguimiento a la implementación la política de responsabilidad social
- Ajustar el plan de referenciación 2019
- Socializar en comité de planeación ajuste al plan de referenciación
- Elaborar informe de seguimiento al plan de referenciación
- Realizar socialización de ejecución de plan de acción 2018
- Realizar seguimiento semestral a las actividades establecidas en el plan de acción 2019
- Realizar "el tour por lo nuestro" como estrategia para socializar las actividades desarrolladas en los procesos institucionales y el direccionamiento estratégico
- Realizar boletín informativo de resultados de los procesos institucionales
- Realizar estrategias para identificar las desviaciones encontradas en las evaluaciones de la comprensión del direccionamiento estratégico
- Formular plan de mejora con base en los hallazgos identificados en la falta de comprensión del direccionamiento estratégico
- Diseñar estrategias encaminadas a la articulación de los sindicatos con la oficina de talento humano para la transformación cultural en el cliente interno.
- Socializar el procedimiento para medición de los ejes de acreditación con los líderes de procesos
- Formalizar a través de acto administrativo el documento de cultura organizacional
- Gestionar videos de los ejes de la acreditación para ser transmitidos en los medios de comunicación del hospital san José.
- Diseñar y aplicar estrategias de sensibilización al personal asistencial en la atención en salud
- Elaborar diagnóstico con base en PQRS procesos a intervenir desde el punto de vista de los contratistas en el tema de humanización
- Socializar a la alta dirección el diagnóstico con base en PQRS para toma de decisiones
- Diseñar estrategias de humanización con base en el diagnóstico de PQRS por procesos.
- socializar estrategias de humanización con base en el diagnóstico de PQRS en la reunión de segundo nivel de direccionamiento
- Ajustar la política de prestación de servicios de salud y calidad con los criterios del estándar
- Socializar la política de prestación de servicios de salud
- Incluir en la inducción la prevención de enfermedades y promoción de la salud
- Diseñar estrategia de promover y proteger la salud de la población a la que sirve.
- Elaborar informe de acciones tomadas con base en los resultados de la evaluación de la gestión clínica
- Diseñar el instrumento para la medición de la aplicación del direccionamiento



- estratégico en el personal
- Realizar informe de hallazgos producto de la aplicación del instrumento
- Incluir en el proceso de inducción y reinducción a los miembros de la Junta Directiva
- Elaborar plan de capacitación anual para la Junta Directiva
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Socializar al personal asistencial el direccionamiento estratégico enfatizando los objetivos estratégicos
- Evaluar la política de prestación de servicios de salud

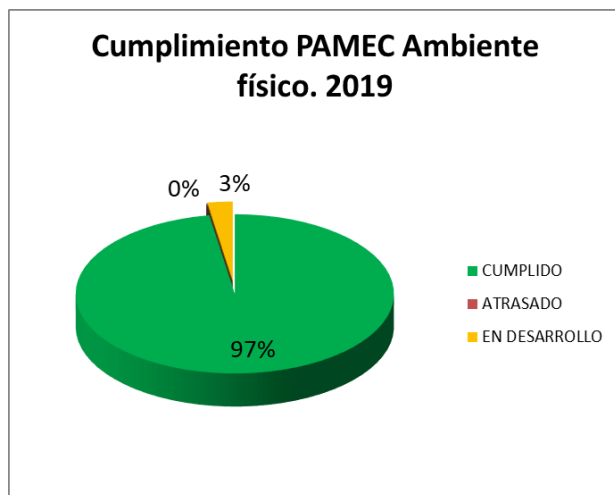
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Elaborar el proceso de evaluación de la gestión clínica que consolide los criterios del estándar
- Incluir en las rondas de seguridad la participación de la oficina asesora de planeación para evaluar la aplicación del direccionamiento estratégico en el personal

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Socializar los resultados de la medición inicial de los ejes de acreditación en el comité de calidad y Junta Directiva
- Elaborar informe de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización
- Socializar informe de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización en comité de planeación

3. PAMEC AMBIENTE FISICO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	38
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC DE AMBIENTE FISICO fueron:

- Socializar rutas de evacuación en los servicios asistenciales
- Realizar cronograma anual de los simulacros a realizar en las diferentes áreas del hospital.



- Socializar el cronograma anual de los simulacros a los coordinadores de los procesos
- Realizar simulacros de acuerdo al cronograma en las diferentes áreas del hospital.
- Elaborar el plan de readecuación de cuartos intermedios de residuos articulando los procesos involucrados.
- Socializar a los trabajadores los riesgos a los que está expuesto en su área de trabajo y las estrategias para minimizar su exposición
- Gestionar difusión de la adecuada segregación de residuos a través de televisores
- Realizar campaña consciente para el uso adecuado de aparatos sanitarios
- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria
- Socializar el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria a II nivel cliente asistencial
- Realizar plan de capacitación sobre manejo seguro del ambiente físico
- Ejecutar el plan de capacitación sobre manejo seguro del ambiente físico
- Realizar referenciación sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Elaborar procedimiento sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Socializar procedimiento sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Elaborar el procedimiento de recepción de personal externo (entes de control, referenciaciones, auditorias)
- Socializar el procedimiento de recepción de personal externo (entes de control, referenciaciones, auditorias)
- Definir los objetivos y metas relacionadas con los lineamientos de la política ambiental.
- Realizar cronograma de actividades para la difusión de la política de gestión ambiental
- Realizar informe de actividades de difusión a colaboradores de la política de gestión ambiental
- Construir el procedimiento para realizar el lavado de tanques
- Socializar el procedimiento de la lavado de tanques
- Realizar referenciación sobre el adecuado manejo de remanentes de medicamentos líquidos
- Construir procedimiento para la identificación de aspectos e impactos ambientales
- Reemplazar etiquetas de segregación de residuos en material de fácil limpieza y desinfección
- Socializar a los coordinadores la importancia de la participación del personal en la brigada de emergencia
- Gestionar un sistema de alarma de emergencia.
- Gestionar la difusión de que hacer en caso de emergencia por medio de TV institucionales.
- Gestionar el sistema alerno de comunicación en caso de una emergencia.
- Actualizar el procedimiento de desconexión de gases.

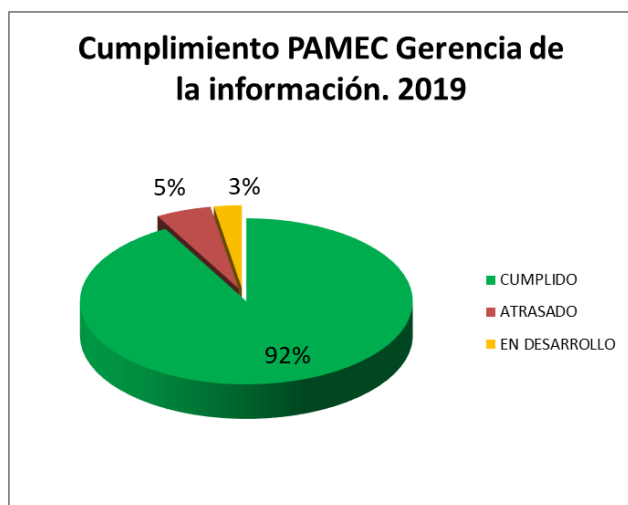


- Realizar cronograma de educación al usuario y su familia de preparación en casos de emergencias y desastres
- Realizar informe de la ejecución del plan de educación al usuario y su familia de preparación en casos de emergencias y desastres
- Gestionar la señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación de los pacientes en caso de pérdida.
- Actualizar el procedimiento de búsqueda de pacientes
- Socializar el procedimiento de búsqueda de pacientes
- Socializar la política de no fumador en los servicios.
- Solicitar señalética para identificar zonas libres de humo
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Realizar referenciación sobre ejecución de simulacros con evacuación de pacientes

4. PAMEC GERENCIA DE LA INFORMACION



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	34
ATRASADO	2
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:

- Realizar encuesta de Necesidades de Sistemas de Información
- Elaborar plan de gerencia de la información
- Socializar en comité de Calidad los indicadores de evaluación de desempeño de la gerencia, prestación del servicio y SIHO
- Socializar las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información tratadas en el comité de calidad en el equipo de II nivel respectivo



- Socializar procedimiento de indicadores enfatizando en qué hacer cuando se presenten desviaciones en los resultados en reunión de II nivel
- Realizar actualización de procedimiento de Nuevas Tecnologías
- Socializar procedimiento de Nuevas Tecnologías
- Realizar informe de relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).
- Socializar informe de relación existente entre tecnología y personal en reunión de II nivel
- Realizar Política de Seguridad de la información
- Socializar Política de Seguridad de la información
- Depurar Usuarios de DOCUNET y DGH que no se encuentran en el Hospital.
- Diseñar Campaña de copia de seguridad
- Publicación de Campaña de copia de seguridad
- Actualizar Procedimiento de conservación de Historia Clínica
- Socializar procedimiento de limpieza y desinfección de archivo y conservación de historia clínica
- Socializar procedimiento de control de prestamos
- Socializar Procedimiento de minería de datos
- Realizar reporte trimestral de hallazgos de calidad del dato a oficina de aseguramiento de la calidad
- Realizar socialización de resultados de Reporte de Resoluciones de reporte obligatorio a cargo de Estadística.
- Sustentar indicadores de procesos administrativos y asistenciales a subgerencias
- Implementar herramienta de seguimiento a acciones de mejora propuestas por los coordinadores de servicios en caso de incumplimiento de los umbrales de desempeño del indicador
- Realizar publicación de Resultados de indicadores de producción de servicios en áreas asistenciales
- Reportar al programa de seguridad del paciente los casos en que se realicen solicitudes a través de la mesa de ayuda relacionada con correcciones en la identificación del paciente.
- Socializar proceso de entrega de Resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.
- Reportar a Subgerencia Administrativa y Científica prueba de digitalización de Historia Clínica
- Gestionar con SYAC que cuando se digite una sigla o abreviatura en DGH, aparezca un texto predeterminado
- Evaluar que no se usen Abreviaturas ni siglas a través de la monitorización de Historias Clínicas
- Documentar procedimiento de validación de la Información
- Establecer planes de mejora resultantes de las reuniones de sustentación de indicadores por parte de los coordinadores



- Realizar Documento de Imagen Corporativa
- Actualizar el plan de comunicaciones
- Socializar el plan de comunicaciones a equipo de II nivel
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

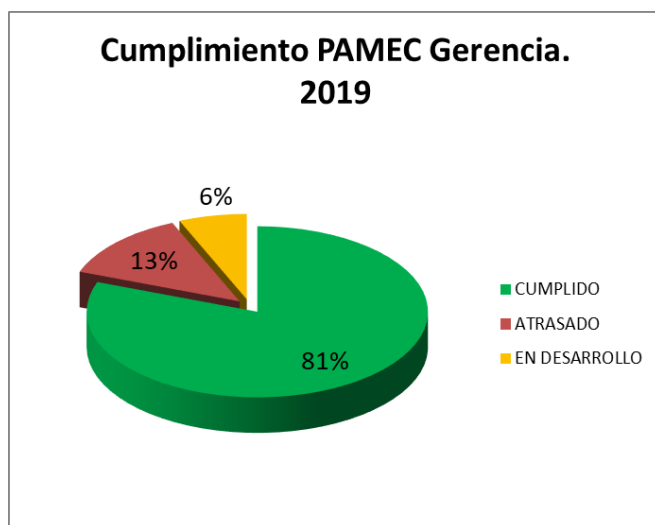
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Realizar referenciación para establecer parámetros de comparación con indicadores de seguridad de la información

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Evaluar a través de prueba de conocimientos Procedimiento de minería de datos
- Campaña para socializar el plan de contingencia

5. PAMEC GERENCIA



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	25
ATRASADO	4
EN DESARROLLO	2

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA fueron:

- Socializar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
- Implementar la metodología establecida para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
- Asignar los recursos para la implementación de la estrategia JOSELIN TE CUIDA
- Evaluar la implementación de la estrategia JOSELIN TE CUIDA en los servicios de internación, pediatría, unidad mental y neonatos



- Ajustar política de prestación de servicios a modelo MIAS que nos permita definir servicios y su nivel de complejidad
- Socializar la política de prestación de servicios de acuerdo al modelo de atención y el MIAS
- Realizar seguimiento a la implementación de los nuevos servicios que apuntan al aumento de la complejidad y la ampliación de oferta institucional
- Evaluar la implementación del sistema de gestión del riesgo y establecer planes de mejora de acuerdo a las desviaciones encontradas
- Diseñar e implementar estrategias para la adherencia a la política de gestión del riesgo
- Actualizar el procedimiento de sistema de información para la calidad incluyendo de referentes de todos los indicadores
- Actualizar el procedimiento para la referenciación institucional donde se incluya la participación de la alta dirección
- Implementar un sistema de entrenamiento en calidad a los equipos de segundo nivel de mejoramiento
- Incluir en las reuniones de socialización y análisis de indicadores los niveles de ejecución del sistema de entrenamiento
- Realizar seguimiento a la implementación de la política de humanización con énfasis en el lineamiento de atención en el dolor
- Garantizar los recursos y procesos para la implementación del plan de humanización del 2019
- Elaborar Manual de Convivencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, que incluya los criterios establecidos en el estándar.
- Socializar el Manual de Convivencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, a todas las áreas del Hospital
- Fortalecimiento del sistema de gestión de costos
- Realizar socialización y análisis de gestión presupuestal.
- Establecer herramientas para fomento de la cultura del buen uso de los recursos
- Promover filosofía de acreditación ante terceros
- Elaborar listado de procesos tercerizados y priorizar los que impacten sobre el paciente y su familia para realizar auditoría
- Elaborar plan de trabajo para definir las actividades de seguimiento al convenio docencia servicio
- Ejecutar y evaluar periódicamente las actividades de seguimiento al convenio docencia servicio
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

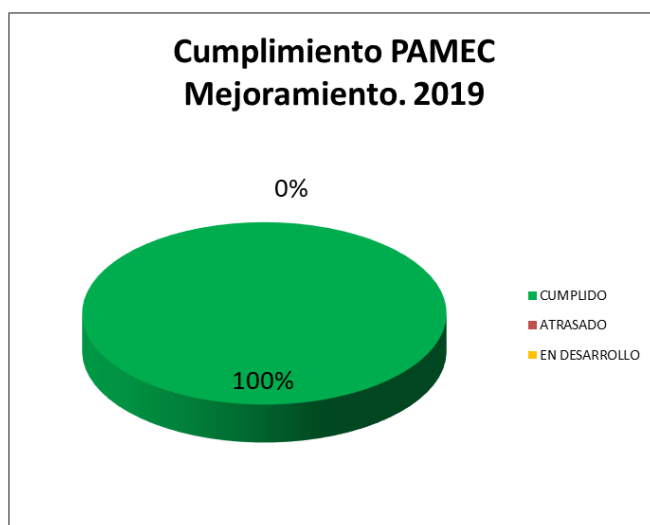
- Crear espacios de seguimiento con proveedores externos cada 4 meses de acuerdo a las priorización de necesidades del cliente interno
- Implementar las herramientas que fomentan la cultura del buen uso de los recursos



Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Socializar los resultados de la identificación de necesidades a proveedores y procesos internos en la reunión de equipo II nivel
- Socializar los resultados de la identificación y actualización de las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores de acuerdo a la metodología establecida
- Socializar en comité de calidad los resultados de la referenciación para la toma de decisiones frente a acciones a implementar
- Actualización del procedimiento de construcción de presupuesto.

6. PAMEC MEJORAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	16
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	0

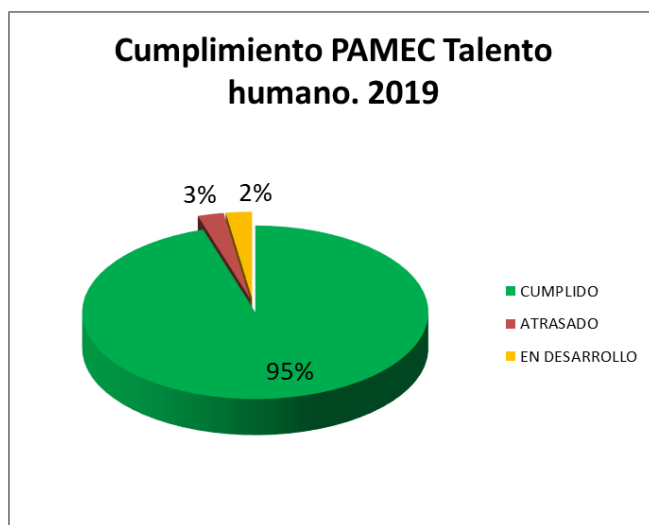
Las actividades desarrolladas dentro PAMEC MEJORAMIENTO fueron:

- Actualizar el manual de calidad que incluya un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados
- Incluir en el manual de calidad el procedimiento de seguimiento a los planes de mejora institucionales
- Realizar informe de logros obtenidos y estandarización de procesos derivados de los planes de mejora establecidos y socializar en equipo de III nivel.
- Elaborar listado de procesos tercerizados y priorizar los que impacten sobre el paciente y su familia para realizar auditoría
- Articular con el proceso de jurídica para incluir las auditorías de terceros en los contratos
- Ajustar el procedimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad



- Socializar ajuste del procedimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en reunión II nivel
- Integrar las oportunidades de mejora priorizadas e identificadas en seguimiento a indicadores, referenciaciones externas, auditorías, visitas de Entes de control al PAMEC
- Actualizar el procedimiento de indicadores de acuerdo a la metodología del Ministerio
- Socializar el procedimiento de indicadores en reuniones de II nivel y jornada de acreditación
- Implementar el procedimiento de indicadores
- Documentar en el procedimiento de indicadores las estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos y externos, los resultados del mejoramiento
- Implementar las estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos y externos, los resultados del mejoramiento
- Socializar el procedimiento para medición de los ejes de acreditación
- Realizar la medición de los ejes de acreditación
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

7. PAMEC GERENCIA DEL TALENTO HUMANO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	39
ATRASADO	1
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO fueron:

- Elaborar y adoptar el plan estratégico de gestión de talento humano
- Elaborar y adoptar el plan de previsión de talento humano
- Elaborar y adoptar el plan de vacantes
- Realizar actividades lúdicas del código de integridad



- Realizar la reinducción al personal de planta y actualización del direccionamiento estratégico al personal contratista
- Realizar levantamiento de cargas laborales del recurso humano de las áreas administrativas
- Socializar el levantamiento de cargas laborales del recurso asistencial en reunión III nivel
- Socializar a Gerencia las dificultades de personal en entrenamiento sin adecuada supervisión para toma de acciones correctivas
- Revisar y actualizar procedimiento de asignación de reemplazos de personal de planta
- Gestionar la implementación del programa de educación virtual iniciando con el piloto del procedimiento de inducción
- Incluir en la página web de la institución los temas relacionados con la inducción para consulta constante de los colaboradores
- Gestionar ante oficina jurídica para que a todas las asociaciones o personas jurídicas cuyo objeto sea la prestación de servicios y que para la ejecución del mismo requiera personas naturales, se les exija el cumplimiento de los requisitos de talento humano y seguridad y salud en el trabajo
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud en el trabajo y talento humano del hospital en las etapas precontractual y contractual.
- Actualizar el procedimiento de inducción y reinducción del personal
- Socializar el procedimiento de inducción y reinducción del personal.
- Incluir en la inducción el proceso de gestión de la tecnología relacionada con tecnovigilancia y los demás programas institucionales en el contenido de seguridad del paciente
- Revisar las prerrogativas institucionales
- Adoptar las prerrogativas institucionales
- Socializar las prerrogativas institucionales
- Realizar encuesta de necesidades de capacitación través de google drive para el personal de planta.
- Incluir en el plan de capacitación los resultados de la evaluación por áreas efectuadas por las oficinas asesoras de planeación y control interno de acuerdo a la priorización que efectúe la comisión de personal y según el presupuesto asignado
- Socializar con las organizaciones sindicales, convenio docencia servicio y los contratistas de prestación de servicios, las necesidades de capacitación institucional para efectos de adherencia a las mismas
- Recepcionar los cronogramas y consolidar las capacitaciones realizadas por los procesos durante el año
- Elaborar una metodología para evaluación del personal en provisionalidad y realizar prueba piloto
- Elaborar el plan de comunicaciones institucional q incluya el componente interno
- Implementar el plan de comunicaciones institucional q incluya el componente interno



- Realizar mesas de trabajo con los procesos de Calidad, planeación, Comunicaciones, SST, SIAU, Directivos, Gestión Ambiental, Convenio Docencia servicio para crear el mecanismo para implementar y evaluar la cultura organizacional
- Definir cuáles son los elementos de cultura del hospital
- Elaborar el documento q consolide los elementos de cultura
- Elaborar mecanismo de medición de la cultura institucional
- Socializar el documento de cultura institucional en reuniones de mejoramiento de II y III nivel
- Incluir en el programa de Responsabilidad social las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Implementar las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Evaluar cumplimiento de las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Realizar seguimiento al ingreso y destinación de los recursos que se generen en la relación docencia servicio
- Socializar la evidencia de actividades realizadas por el convenio docencia servicio en reunión de mejoramiento de segundo nivel cliente asistencial y de talento humano
- Acompañar la revisión y adopción de las prerrogativas institucionales vinculándolo con el plan de prácticas formativas
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Socializar la medición de clima en la institución

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

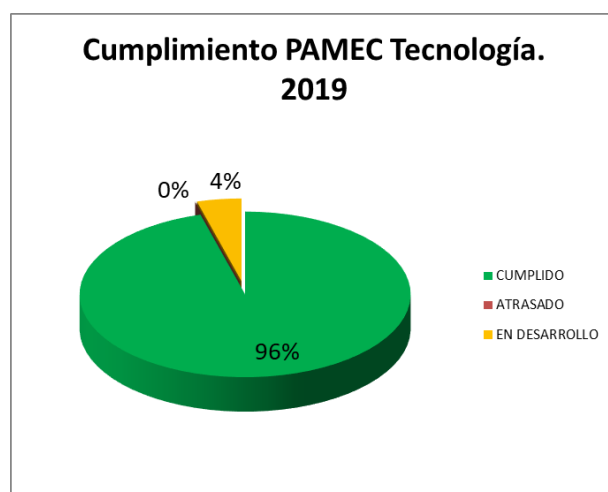
- Realizar prueba piloto para evaluación del personal en provisionalidad

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Evaluar cumplimiento de las prerrogativas institucionales



8. PAMEC GESTIÓN DE TECNOLOGÍA



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	22
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA fueron:

- Elaborar propuesta de compras sostenibles
- Socializar a reunión de III nivel propuesta de compras sostenibles
- Ajustar el procedimiento de evaluación a proveedores
- Realizar la evaluación a proveedores externos.
- Socializar los resultados de la evaluación al equipo de III nivel
- Implementar la evaluación de seguridad eléctrica aquellos equipos con partes aplicadas que sean indicados por el fabricante
- Realizar referenciación en entidad acreditada para definir criterios de la evaluación a proveedores
- Actualizar la política de Gestión de tecnología incluyendo los procesos relacionados con la tecnología
- Diseñar herramienta para evaluar la adherencia a la política
- Evaluar la adherencia a la política de Gestión de tecnología.
- Actualizar el inventario de activos fijos de la institución como equipos biomédicos industriales, mobiliario asistencial y administrativo entre otros con su debida plaquetización.
- Incluir la herramienta de necesidades de dotación en el procedimiento de identificación de necesidades de tecnología
- Definir mediante la herramienta de necesidades de dotación, la responsabilidad de la adquisición de los repuestos, insumos o consumibles de la tecnología dependiendo su especificidad



- Realizar estudios previos de las necesidades definidas de los repuestos, insumos o consumibles de la tecnología
- Publicar el pliego de condiciones en los tiempos estipulados para la adquisición de repuestos, insumos o consumibles de la tecnología
- Socializar en comité de infecciones el deterioro de los equipos y accesorios por las prácticas de limpieza y desinfección
- Realizar plan de mejora según observaciones discutidas en el comité de infecciones
- Realizar informe si las guías y/o protocolos de laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación incorporan el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología
- Ajustar las guías y/o protocolos de laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación donde incorporen el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Realizar socialización sobre tecnovigilancia
- Establecer el proceso de reporte de precios de medicamentos (trimestral). Servicio farmacéutico: Validación. Sistemas: usuario y contraseña. Servicio farmacéutico: cargue a la plataforma. Gerencia: carta de designación a sistemas para uso de firma Gerencia. Auditorías: evaluar cargue

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

Socializar la política de Gestión de tecnología.



C. ÁREA DE GESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

INDICADORES RESOLUCIÓN 408 / III trimestre 2019					
No.	Estándar	Nombre del indicador	Valor numerador	Valor denominador	Resultado
12	$\geq 0,80$	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias III trimestre.	15	15	100%
12	$\geq 0,80$	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: trastornos hipertensivos en la gestación.	81	84	96%
13	$\geq 0,80$	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).	61	61	100%
14	$\geq 0,90$	Oportunidad en la Realización de Apendicectomía.	459	495	93%
15	Cero (0)	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.	1	-1	-1
16	$\geq 0,90$	Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	137	138	99%
17	$\geq 0,90$	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	407	444	92%
18	≤ 5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	1010	206	5
19	≤ 8	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica.	2970	498	6
20	≤ 15	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	3025	761	4



12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

En el año 2019 se evidencia una adherencia a la guía de hemorragias del III trimestre de gestación del 100%, evidenciándose tendencia de mejora en comparación para el mismo periodo del año 2018, en la cual se obtuvo una adherencia al 85%.

Respecto a la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos en la gestación, se obtuvo una adherencia al 96% con tendencia a la mejora en comparación con el año 2018 donde se alcanzó una adherencia del 93%.

En los dos indicadores se cumple favorablemente con la meta propuesta, el resultado ha sido satisfactorio evidenciando congruencia en el manejo de las maternas desde la sospecha del diagnóstico, el diagnóstico como tal y la definición del manejo estandarizado.

Aunque la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos en la gestación durante el año 2019 cumplió en promedio con la meta establecida, se observa variación en los meses de agosto y septiembre debido al incumplimiento de los siguientes ítems: monitorización de Reflejos Osteotendinosos y la determinación del uso de antihipertensivos con cifras de TA $\geq$ 150/100 mm/Hg.

Para ello, se cuenta con coordinador médico en el servicio de Ginecobstetricia quien se reúne de manera periódica con los Especialistas, los cuales al presentarles los resultados opinan que todas las valoraciones se realizan de manera pertinente, no obstante, se falla en el registro principalmente de reflejos osteotendinosos y por lo tanto, se comprometen a mejorar los registros asistenciales con el fin de poder evidenciar la mayor adherencia a la guía.

13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3).

Según perfil epidemiológico del año 2018 se establece como primera causa de atención institucional la Hiperplasia prostática benigna. La guía de manejo de manejo diagnóstico y terapéutico correspondiente a dicha patología fue adoptada de la sociedad colombiana de urología del año 2014, según la metodología de adopción del ministerio de salud y protección social.



Se evidenció en el año 2019 que la adherencia a esta guía fue del 100% superando la meta establecida en la resolución 408 de 2018.

14. Oportunidad en la realización de apendicectomía

Durante el año 2019, el indicador cumple con la meta establecida por la institución, se observa oportunidad en la realización de procedimientos de apendicectomía por laparotomía y laparoscopia, conservando la misma tendencia del año 2018.

Se continúa trabajando con el equipo quirúrgico (Anestesiólogos, Cirujanos y Profesionales de Enfermería) con el fin de garantizar oportunidad quirúrgica a los pacientes pediátricos y adultos con este diagnóstico, teniendo en cuenta que la garantía de esta oportunidad evita sobre costos y posibles complicaciones al paciente.

Para ello, se implementaron las siguientes estrategias:

1. Socialización de resultados del indicador al equipo de enfermería del quirófano y especialidades quirúrgicas.
2. Segunda sala de urgencias de disponibilidad.
3. Seguimiento a causas de no oportunidad.
4. Disponibilidad de instrumentador quirúrgico para segunda sala de urgencias para procedimientos.



15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.

Durante el año 2019, se evidencia caída del indicador en el mes de febrero, comportándose de la misma manera que el primer trimestre 2018.

Por parte de seguridad del paciente se realizó comité extraordinario con el equipo asistencial de la unidad de neonatos, evidenciando los siguientes hallazgos:

- Incumplimiento de órdenes médicas por parte del equipo de enfermería
- No se aspiran ni se auscultan las sondas enterales de forma rutinaria como lo explica el protocolo.
- No se marca de forma rutinaria la sonda al colocarla
- No hay claridad en las ordenes médicas
- Rutinización del personal de enfermería en el manejo de las sondas y protocolo de administración de nutrición enteral por sonda

Por lo tanto, para dicho caso, se implementaron las siguientes estrategias:

- Resocialización de protocolo de administración de nutrición por sonda y paso de sonda oro gástrica en recién nacido
- Reinducción a auxiliares de enfermería que no se adhieren a los protocolos institucionales
- Revisión de protocolo para definir en criterios de calidad la obligatoriedad de la revisión por auscultación y marcaje de las sondas para alimentación.
- Revista de enfermería dos temas por mes durante 3 meses.
- Reunión con médicos del servicio para retroalimentar acción de mejora relacionada con indicaciones médicas

Las medidas implementadas han generado un impacto positivo dado que no se presentaron más casos de bronco aspiración durante el año 2019.

16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM).

Se realizó el análisis de 138 casos de infarto agudo del miocardio presentados en el año 2019, donde se obtuvo un cumplimiento del 99% en los pacientes con inicio de terapia específica la primera hora posterior al diagnóstico, conservando una tendencia estable en comparación al mismo periodo del año 2018.

El único mes de en el cual no se alcanzó la meta establecida fue en Mayo, donde se tuvo una adherencia del 89% dado que no se aplicó el protocolo al paciente oportunamente por manejo de dolor epigástrico como diagnóstico principal, sin



embargo se realiza durante el año socialización de la guía de manejo de infarto agudo de miocardio obteniendo receptividad por parte del personal dando cumplimiento al indicador.

17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria

Durante el año 2019, se obtuvo un análisis de mortalidad intrahospitalaria del 92%, evidenciando 3 puntos por debajo del porcentaje obtenido en el 2018, aunque superando la meta propuesta del 90%. El Servicio con mayor número de defunciones sigue siendo Urgencias Adultos seguido de UCI Adultos. La mayor causa de defunción son eventos cardiovasculares seguidos de eventos respiratorios.

En el año se evidenciaron incumplimientos en los análisis de mortalidad, por lo tanto, se implementó con la oficina de supervisión de contratos del personal perteneciente a asociaciones sindicales, la exigencia de certificación de cumplimiento por parte de Vigilancia Epidemiológica y Estadística en el diligenciamiento de Fichas epidemiológicas, análisis de mortalidad, certificados de nacido vivo y de defunción para aprobar los respectivos pagos, evidenciando una tendencia a la mejora en los análisis de los casos de mortalidad.

18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

Durante el año 2019 se obtuvo un promedio de oportunidad de 5 días cumpliendo con la meta establecida, al evaluar cada mes, se evidencian casos de inoportunidad en los meses de Agosto y Septiembre.

Teniendo en cuenta que en dichos meses se contó con personal nuevo en el proceso, se plantean como estrategias la realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita pediátrica para realizar apertura de agenda extraordinaria.



19. Oportunidad en la atención obstétrica

Se obtuvo una oportunidad en el año 2019 de 6 días, alcanzando el límite propuesto que se encuentra en 8 días; asimismo, en comparación con el mismo periodo para el año 2018 se evidencia un incremento de la oportunidad dado que se obtuvo una oportunidad de 3,9 días.

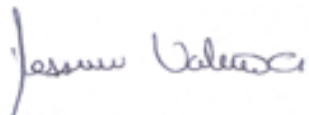
Al realizar análisis del indicador se observa que hubo un incremento en el tiempo de espera de la consulta, asimismo se evidenció apertura de agenda inapropiada en fechas de consultas de primera vez, se citaron pacientes que el especialista no tenía programadas o con especialidad errónea y menor número de pacientes atendidas. Por lo tanto, se plantean las siguientes estrategias: realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita obstétrica para realizar apertura de agenda extraordinaria. Evidenciando en el último trimestre 2019, tendencia al descenso de la oportunidad debido a las acciones implementadas, aunado al apoyo de los especialistas quienes incrementan la oferta.

20. Oportunidad en la atención de medicina interna

En el año 2019 se obtuvo una oportunidad de 4 días cumpliendo la meta establecida, la cual se encuentra en 15 días; aunque con un incremento en la oportunidad de 0,7 días en comparación con el mismo periodo para el año 2018.

Al realizar análisis del proceso de asignación de citas, se evidencian oportunidades de mejora relacionadas a la labor del equipo que asigna las citas, dado que es personal nuevo, por ende, se establecen acciones como: realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita obstétrica para realizar apertura de agenda extraordinaria.

Cordialmente,



JESSICA LIZETH VALENCIA

Coordinadora del área de Apoyo Logístico de Aseguramiento de la Calidad
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

