

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

VIGENCIA 2023

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

Lilian Lucia Medina Bolaños

Afiliada participe Sindicato Admisalud

Profesional especializado Aseguramiento de la calidad

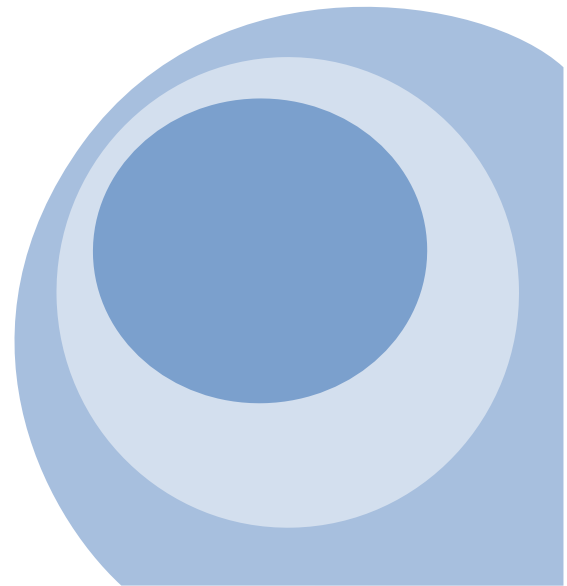




TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD VIGENCIA 2023	6
CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN POR GRUPO DE ESTANDARES	7
PAMEC DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	7
Actividades cumplidas:	8
Actividad en desarrollo:	13
PAMEC DE MEJORAMIENTO	15
Actividades cumplidas:	15
Actividades en desarrollo	15
PAMEC DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	16
Actividades cumplidas:	16
Actividad en desarrollo:	17
Actividades atrasadas:	17
PAMEC DE GERENCIA	18
Actividades cumplidas	18
Actividad en desarrollo:	19
Actividad atrasada:	19
PAMEC DE DIRECCIONAMIENTO	20
Actividades cumplidas:	20
PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.....	21
Actividades cumplidas:	21
PAMEC DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA.....	23
Actividades cumplidas:	23
Actividad en desarrollo	23
Actividad atrasada	23
PAMEC DE GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO.....	24
Actividades cumplidas	24
Actividad en desarrollo	25
CONCLUSIÓN.....	26



APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL..... 26

TABLA DE ILUSTRACIONES

Tabla 1. Porcentaje de ejecución Pamec Asistencial..... 8

Tabla 2. Actividades cumplidas 13

Tabla 3. Actividades en desarrollo 13

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento Pamec de mejoramiento..... 15

Tabla 5. Actividades cumplidas Pamec de mejoramiento..... 15

Tabla 6. Actividad en desarrollo Pamec de mejoramiento. 15

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento Pamec de gerencia. 18

Tabla 8. Actividades cumplidas 19

Tabla 9. Actividad en desarrollo..... 19

Tabla 10. Porcentaje de cumplimiento Pamec de direccionamiento. 20

Tabla 11. Actividad cumplida 21

Tabla 12. Porcentaje de ejecución Pamec de gerencia de la información..... 21

Tabla 13. Actividades cumplidas 22

Tabla 14. Porcentaje de ejecución Pamec de gestión de la tecnología..... 23

Tabla 15. Actividad cumplida 23

Tabla 16. Porcentaje de ejecución Pamec de gerencia del ambiente fisico..... 24

Tabla 17. Actividad atrasada**¡Error! Marcador no definido.**



INTRODUCCIÓN

El Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad del Hospital Universitario San José de Popayán ESE está enfocado en el sistema único de acreditación, basándose en la resolución 5095 de 2018 por el cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia Versión 3.1, insumo para realizar y ejecutar la ruta crítica, cuyo alcance va desde la realización de la autoevaluación hasta la elaboración del informe de cumplimiento del PAMEC

Se realizó seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, con los diferentes grupos de estándares y se realizaron las reuniones de mejoramiento de acuerdo al cronograma establecido.

Se fortalece la estrategia de paciente trazador de manera trimestral la cual es una herramienta de auditoria en el proceso de aseguramiento de la calidad para monitorizar el mejoramiento institucional según los criterios de los grupos de estándares del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia como son:

- ✓ Direccionamiento estratégico
- ✓ Gerencia
- ✓ Talento humano
- ✓ Gerencia de la información
- ✓ Gestión de la tecnología
- ✓ Ambiente físico
- ✓ Mejoramiento de la calidad
- ✓ Procesos de atención al cliente asistencial.



La auditoría usa una lista de chequeo diseñada para cada grupo de estándares. Se aplica a través de una entrevista dirigida hacia el paciente, su familia, y/o el equipo asistencial. Igualmente se audita el registro en la historia clínica del paciente evaluado. La herramienta permite detectar las fortalezas y oportunidades de mejora en cada grupo de estándares.

De esta forma se logran identificar fortalezas, y debilidades en la atención del paciente, las cuales permiten fortalecer las condiciones que garanticen la calidad en la prestación de los servicios, y corregir aquellas debilidades que por el contrario ponen en riesgo la seguridad del paciente y la calidad en la prestación de los mismos.



CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD VIGENCIA 2023

El porcentaje de ejecución de las actividades del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la vigencia 2023, se relaciona a continuación:

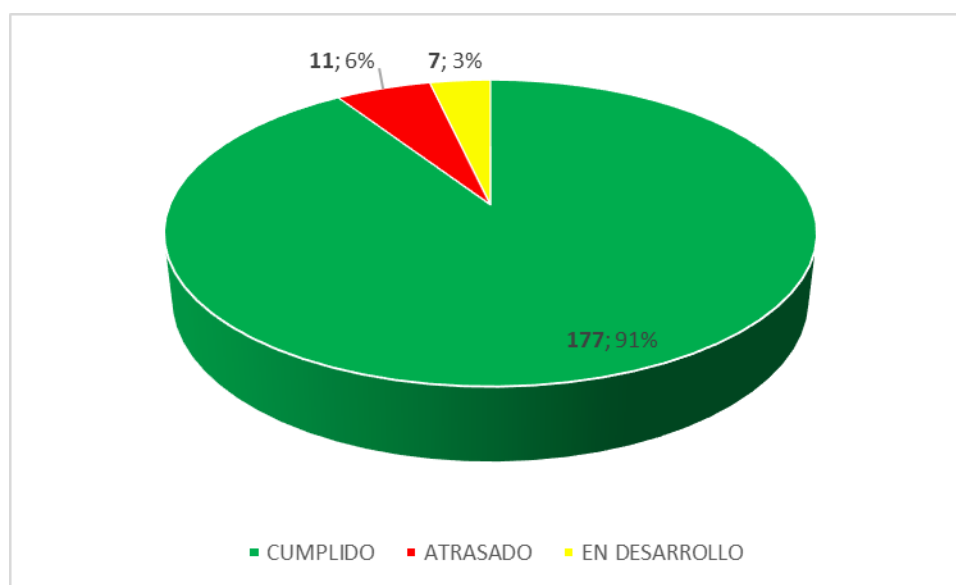


Ilustración 1. Cumplimiento Pamec Institucional a 30 de junio

De las 195 actividades programadas al año se cumplieron 177 actividades correspondientes al 91%, 7 actividades en desarrollo equivalentes al 3% y 11 actividades atrasadas que equivale al 6%.



CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN POR GRUPO DE ESTANDARES

En la siguiente tabla se evidencia porcentaje de ejecución por cada grupo de estándares

Grupo de estandares	Actividades planeadas año	Actividades cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de Cumplimiento año
Cliente asistencial	91	84	1	6	92,3%
Mejoramiento	8	7	1	0	87,5%
Gerencia de Talento humano	21	17	1	3	81,0%
Gerencia	16	14	1	1	87,5%
Direccionamiento	17	17	0	0	100,0%
Gerencia de la información	14	13	1	0	92,9%
Gestión de la Tecnología	9	7	1	1	77,8%
Ambiente Físico	19	18	1	0	94,7%
Total Pamec Institucional	195	177	7	11	91,0%

Tabla 1. Cumplimiento por grupo de estándares

PAMEC DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL

Las actividades programadas en el Pamec de atención al cliente asistencial cumplen con el ciclo de mejoramiento PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) y están enmarcados bajo el ciclo de atención AREPEES- R. (**A**cceso – **R**egistro e ingreso – **E**valuación de necesidades – **P**laneación de cuidado y tratamiento – **E**jecución de tratamiento – **E**valuación de tratamiento – **S**alida y seguimiento – **R**erencia y contrareferencia).



ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	84	92,31%
ATRASADO	6	6,59%
EN DESARROLLO	1	1,10%
TOTAL ACTIVIDADES	91	100%

Tabla 2. Porcentaje de ejecución Pamec Asistencial

Actividades cumplidas:

1	Fortalecer la educación en deberes y derechos a líderes y coordinadores asistenciales y administrativos.
2	Implementar las nuevas guías del usuario y los afiches actualizados en los diferentes servicios de la institución.
3	Asignar orientador para el puesto de trabajo del SIAU en el pasillo principal
4	Capacitar a los coordinadores sobre los lineamientos del proceso de investigación del hospital
5	Encontrar mecanismos para incentivar al cliente interno en la participación de investigaciones.
6	Socializar, implementar y evaluar código de integridad y de servicio público a los procesos institucionales.
7	Fortalecer el apego a las temáticas de acreditación mediante la capacitación a los terceros.
8	Actualizar la política 588/2019 incluyendo los conceptos de la estructura funcional, la caja de herramientas, adopción de la guía de las buenas prácticas, y de la estrategia de información sobre los eventos adversos al paciente y su familia, además de promover una cultura justa no punitiva que incentive el reporte a través de la capacitación en concepto de seguridad del paciente mediante inducción, re inducción y capacitación certificada gradual a todos los colaboradores asistenciales , además la ruta a seguir en casos definidos como VIOLACION, objetivo cero centinelas, mínimo daño
9	Socializar y evaluar la política actualizada en segundo nivel de mejoramiento, en la inducción y re inducción. Formato google de evaluación
10	Socialización trimestral de usuarios capacitados en el concepto de seguridad del paciente progresiva, certificación trimestral según cronograma, promoviendo una cultura justa no punitiva e incentivando el reporte de incidentes y eventos.



11	Seguimiento comparativo de adherencia a las buenas prácticas comparadas con la frecuencia de eventos e incidentes (gráfica comparativa)
12	Solicitar a sistemas de incluir en el aplicativo de gestión de eventos, el recordatorio de Activación del código CAFÉ-ABCDE cuando se sospecha un evento centinela
13	Solicitar a sistemas de ítem de activación de resarcimiento y oportunidad del mismo en el aplicativo para diligenciamiento por el equipo referente junto con coordinadores-líderes
14	Actualizar el programa de seguridad del paciente el cual define las herramientas, la conformación del comité de seguridad, la medición de la cultura de seguridad , un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos (capacitación estandarizada del concepto de seguridad del paciente, factores contributivos, promoviendo el reporte proactivo de incidentes, fallas y eventos, el auto reporte), análisis tipo protocolo de Londres de los eventos, para los respectivos planes de mejora, Análisis de eventos adversos prevenibles en los reingresos institucionales, identificación de eventos adversos extramurales, evaluación de resultados de la cultura de seguridad estableciendo planes de mejora en los factores críticos, ruta para eventos tipo violación, impactando en el clima de seguridad.
15	Análisis y mejora tipo minería de datos de los protocolos de Londres realizados en los eventos adversos centinela institucionales
16	Socializar resultados trimestralmente de los eventos adversos prevenibles detectados en los reingresos analizados institucionalmente, asociados a causas externas o internas.
17	Socialización y evaluación de los resultados de la cultura de seguridad a través de un test virtual ante el comité de seguridad del paciente y el segundo nivel de mejoramiento estableciendo planes de mejora que impacten en la cultura de seguridad
18	Diseño , implementación en dinámica de Escala de riesgos: flebitis, caídas, lesiones de piel, riesgos en sedación.
19	Actualización de la resolución de inclusión de guías de buenas prácticas según el estándar 7 del manual de acreditación
20	Resocializar , evaluar la Implementación de los equipos de respuesta rápida con apoyo del Subgerencia científica- Asesor gestión clínica
21	Socializar, evaluar y mejorar la acciones articuladas para la gestión y desarrollo de la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes con Talento humano- Humanización y asociaciones gremiales según el paquete instruccional
23	Socializar el momento de higiene de manos, según la clasificación de la OMS, con mayor y menor adherencia



24	Establecer estrategias para incrementar la adherencia a los protocolos de prevención y control de IAAS (Equipo IAAS)
25	Fortalecer el proceso de señalización en la institución
26	Fortalecer el proceso de contratación de especialistas con el fin de cubrir la demanda insatisfecha.
27	Fortalecer el acceso de los pacientes, teniendo en cuenta el enfoque diferencial.
28	Resocializar y evaluar el ciclo de atención en cada uno de los servicios asistenciales.
29	Realizar capacitación a los coordinadores de procesos administrativos sobre política de prestación de servicios y el modelo de atención en salud
30	Fortalecer el proceso de contratación de especialistas con el fin de cubrir la demanda insatisfecha con el fin de ofertar al usuario la posibilidad de que sea atendido por el profesional de su preferencia.
31	Implementar la medición de hora de llegada de los especialistas ya que deben cumplir con los tiempos de consulta y cumplir con las agendas y hacer el llamado de pacientes en orden de planilla de citas
33	Implementación de digiturnos en los procesos ambulatorios y planes de mejoramiento según hallazgos.
34	Socializar a los colaboradores del SIAU el portafolio de servicios y/o cuando se presenten novedades en el REPS.
35	Notificar a facturación cuando se presenten novedades en el REPS.
36	Crear Recordatorio de consulta a través de llamadas telefónicas y en caso de no obtener respuesta dejar mensaje de texto
37	Fortalecer las estrategias implementadas de la institución con el fin de minimizar la inasistencia a las citas asignadas.
38	Realizar medición para la mejora de la efectividad de los medios de asignación de citas (telefónica, presencial, WhatsApp, correo electrónico) y entablar plan de mejora según hallazgos.
39	Fortalecer la cobertura del monitoreo y medición del apego a las estrategias de identificación y riesgos durante el proceso de atención.
40	Estandarizar la información a entregar en el ingreso del usuario y su familia al servicio (Herramientas: Procedimiento antiguo de información al usuario, guía de usuario, protocolo de acogida y folletos de cada servicio)
41	Socializar resultados del procedimiento de acogida en pacientes hospitalizados
42	Realizar seguimiento al cargue de las evidencias de adherencia en el drive institucional



43	Resocialización del procedimiento de identificación de necesidades del paciente en el ciclo de atención
44	Realizar seguimiento al reporte de identificación de necesidades que se encuentra en la historia clínica y socializar, para establecer planes de mejora según hallazgos (Humanización)
45	Fortalecer la información entregada al usuario por parte de enfermería específicamente la relacionada con riesgos.
46	Ajustar, implementar y evaluar el procedimiento educación al usuario y su familia sobre hábitos y estilos de vida saludable y autocuidado para dar educación al individuo a los servicios
47	Generar reporte de la resolución 202 de 2021 para tener un dato confiable de la historia clínica.
48	Fortalecer la articulación de los pacientes ambulatorios a los programas de promoción y prevención institucionales, a la participación de campañas de donación de sangre o de la red de prestadores, instituciones educativas con las cuales se tiene convenios con el fin de desarrollar competencias de auto cuidado en los pacientes y sus familias
49	Fortalecer el registro en la historia clínica en la orden médica de acuerdo a las necesidades de aislamiento
50	Fortalecer la evaluación de las actividades de prevención para las pacientes gestantes de alto riesgo
51	Referenciarse en la gestión del riesgo clínico. (Gestión de la enfermedad)
52	Ampliar la adopción de guías de práctica clínica de acuerdo con la priorización de patologías según perfil epidemiológico que incluya estrategias de educación continua con el fin de afianzar conocimiento en guías y protocolos institucionales.
53	Fortalecimiento en la implementación del software ubicuo (soporte técnico) y Resocializar el manejo del software al talento humano (semestral)
54	Implementar desde la Historia clínica alertas visuales y auditivas frente a resultados críticos.
55	Enriquecer las actividades lúdicas a pacientes, familiares y cuidadores en los diferentes con el ánimo de promocionar ambientes agradables alineados a la política de humanización.
56	Socializar la ruta materno perinatal a los servicios involucrados
57	Desarrollar el componente educativo, su despliegue, ayudas educativas y socialización al personal asistencial en las 5 primeras causas de egreso (Perfil de morbilidad) por servicios de internación y consulta externa.
58	Evaluar plan de cuidados de enfermería y establecer mejoras según hallazgos
59	Incluir dentro del cronograma de procesos prioritarios la Resocialización y evaluación del procedimiento de consentimiento informado.
61	Revisión del programa de humanización, definición de la cultura san José y alineación con el eje de humanización y estándares asociados.



62	Socializar y evaluar el eje de acreditación de humanización en las inducciones y re inducciones.
63	Actualizar y Operativizar el procedimiento de conciliación medicamentosa
64	Fortalecer revisiones de perfiles farmacoterapeutico a nivel institucional y entablar plan de mejora según hallazgos.
65	Fortalecer el seguimiento de la conciliación medicamentosa de manera sistemática en los servicios
66	Avanzar en el fortalecimiento de la verificación del proceso limpieza y desinfección
67	Fortalecer la valoración del riesgo clínico y su cuidado en el plan de tratamiento
69	Revisión y actualización del aplicativo del plan de cuidados de enfermería en dinámica gerencial, basados en diagnósticos NANDA para que su diligenciamiento sea amigable
70	Fortalecer el auto-cuidado y la educación en P y P durante todo el proceso de atención enfatizando los cuidados pos egreso.
71	Socializar resultados del procedimiento de apoyo emocional y psicosocial en intervenciones al paciente y su red familiar en todos los servicios del HUSJ.
72	Contar con un auditor (con experiencia) que realice monitorización cruzada de historia clínica y Guías de práctica clínica, y realice retroalimentación a todos los procesos de hospital
73	Depurar el mapa de procesos para que solamente se visualice los documentos vigentes
74	Socializar resultados de los siguientes procedimientos y entablar plan de mejora según hallazgos: Procedimiento de atención de trabajo social al usuario víctima de maltrato infantil, código: APS-PD-09, versión 5 año 2022. Procedimiento de atención psicosocial al usuario con sospecha y abuso sexual, código: APS-PD04, año 2022 (verificar según cronograma de procesos prioritarios para ajustar el mes)
75	Socializar resultados del Procedimiento de atención de trabajo social al usuario víctima de violencia intrafamiliar y/o violencia de género, código APS.PD 10, año 2022 (verificar según cronograma de procesos prioritarios para ajustar el mes)
76	Resocializar y evaluar adherencia al manual de violencia sexual institucional. Cronograma transversal de procesos prioritarios - (verificar según cronograma de procesos prioritarios para ajustar el mes)
77	Documentar, socializar y monitorear el procedimiento de la segunda opinión calificada
78	Ejecutar el programa Hospital San José te cuida te cuida, vinculándolo con el programa de promoción y mantenimiento de la salud
79	Mejorar el reporte de los hallazgos de auditoria de manera que se fortalezca la retroalimentación a los funcionarios



80	Fortalecer el compromiso de las coordinaciones y la interrelación para adelantar de manera efectiva la respuesta a las quejas y en los tiempos pertinentes
84	Incluir en el programa de responsabilidad social del HUSJ de la vigencia 2023 la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud.
85	Socialización de las actividades de responsabilidad social en Pamec de segundo nivel
86	Socializar, implementar y evaluar el manual de referencia y contrareferencia
87	Socializar resultados del comité de urgencias vitales en Pamec de segundo nivel
88	Actualizar, socializar implementar y evaluar procedimiento de traslado de pacientes en ambulancia básica o medicalizada GAT-CR-PD4 Versión 02 de septiembre 2017 y entablar plan de mejora según resultados encontrados.
89	Construir el anteproyecto "Calidad de las remisiones realizadas desde el Hospital Universitario San José de Popayán ESE, para presentarlo al comité de ética de la investigación.
90	Realizar simulacro de código azul en ambulancia, evaluar resultados y socializar al centro regulador de emergencias
91	Anexar las Plantillas empleadas que permiten la comunicación con el asegurador y los laboratorios externos: Muestras sanguíneas, Muestras de LCR-Líquidos (Guardadas en laboratorio Institucional), Muestras de LCR-Líquidos (Programación del procedimiento) al procedimiento de de remisión de pacientes para realización de exámenes diagnósticos y procedimientos en laboratorio clínico e Imagenología, código AAD-RIM-PD14, versión 1, año 2021

Tabla 3. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo:

60	Incluir a estadística en la monitorización de historia clínica para revisión de la calidad del diligenciamiento consentimiento informado y reportar hallazgos a plan único de mejoramiento.
----	---

Tabla 4. Actividades en desarrollo

Actividades Atrasadas:

22	Socializar trimestralmente la evaluación y mejoramiento de los resultados del seguimiento al procedimiento de privilegios realizado por convenio docencia servicio.
32	Fortalecer el registro, medición y tiempo de respuesta de interconsultas
68	Socializar resultados del procedimiento de interconsultas y junta médica y realizar plan de mejora según hallazgos.
81	Actualizar, socializar, implementar y evaluar procedimiento de egreso del paciente de acuerdo a las RIAS y elaborar plan de mejora de acuerdo a hallazgos encontrados.
82	Revisar y actualizar el formato de plan de egreso para que cumpla con los criterios del estándar. (Sistemas, líder de RIAS)
83	Fortalecer el proceso de entrega estandarizada de la información al egreso del paciente

Tabla 5. Actividades atrasadas



PAMEC DE MEJORAMIENTO

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	7	87,50%
ATRASADO	0	0,00%
EN DESARROLLO	1	12,50%
TOTAL ACTIVIDADES	8	100%

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento Pamec de mejoramiento

Actividades cumplidas:

1	Fortalecer mecanismos para determinar el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
2	Socializar procedimiento de paciente trazador a los segundos niveles de mejoramiento institucional
3	Actualizar Procedimiento de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en la salud ACA-PD35 Versión 04, de año 2019.
4	Capacitación paciente trazador como herramienta de evaluación de la seguridad del paciente.
5	Evaluar el mejoramiento institucional mediante la metodología de paciente trazador de manera trimestral, enfatizando en el impacto al usuario y su familia, todo el equipo de mejoramiento, cada 3 meses.
7	Informar en comité de calidad los indicadores que no demuestren mejoramiento en los resultados estando en plan único de mejora tanto administrativos como asistenciales para toma de decisiones.
8	Definir la Transformación cultural y articularla con los ejes de acreditación.

Tabla 7. Actividades cumplidas Pamec de mejoramiento

Actividades en desarrollo

6	Realizar seguimiento a los resultados de los indicadores administrativos y entablar plan de mejora según hallazgos.
---	---

Tabla 8. Actividad en desarrollo Pamec de mejoramiento.



PAMEC DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	17	80,95%
ATRASADO	3	14,29%
EN DESARROLLO	1	4,76%
TOTAL ACTIVIDADES	21	100%

Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento Pamec de gerencia del talento humano

Actividades cumplidas:

1	Fortalecer los mecanismos de socialización de los planes institucionales de capacitación y bienestar al talento humano institucional.
2	Ajustar el enfoque de la Cultura Organizacional denominada "Cultura San José", implementar y evaluar.
3	Socializar procedimiento, metodología, resultados y adherencia de Carga laboral a los servicios asistenciales y administrativos
5	Fortalecer el proceso de vinculación del personal para incorporar aspectos que permitan identificar desde la selección las competencias holísticas del candidato con el fin de verificar cumplimiento de los perfiles.
6	Fortalecer el programa de inducción específica que permita evidenciar resultados de adherencia y mejoramiento de la cultura organizacional.
7	Fortalecer el control ejercido por los coordinadores de talento humano de las agremiaciones sindicales para que se demuestre la evidencia de la competencia de las personas contratadas o por contratar.
11	Implementar un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de los procesos de capacitación, inducción, re inducción y evaluar los resultados.
12	Implementar nuevas estrategias que permitan el fortalecimiento de los procesos de capacitación institucional para mejorar el aprendizaje en los colaboradores.
13	Fortalecer el liderazgo en primera persona del personal responsable de los equipos de autoevaluación. Taller Trabajo en equipo y habilidades para líderes de alto desempeño
14	Actualizar de manera oportuna la información publicada en la Intranet (Banner).



15	Evaluar y ajustar los mecanismos de comunicación interna que permitan mejorar la participación de los servidores y colaboradores en las actividades desarrolladas por el hospital en cumplimiento de los planes institucionales.
16	Implementar estrategias que permitan el fortalecimiento, apropiación y medición de la cultura organizacional
17	Alinear los programas de Bienestar Social de las empresas tercerizados del hospital, e igualmente hacer extensivos estos programas al personal en práctica formativa, docente e investigador.
18	Fomentar la cultura deportiva mediante torneos internos, baile deportivo, caminatas y demás.
19	Revisar y/o ajustar el indicador de costo beneficio del proceso de docencia servicio
20	Realizar seguimiento a las observaciones o quejas que remiten los diferentes procesos del convenio docencia servicio, implementado planes de mejora según hallazgos reportados.
21	Seguimiento continuo al cumplimiento de los cupos asignados por Institución, programa y práctica.

Tabla 10. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo:

4	Actualizar, socializar, implementar y evaluar el estudio de suficiencia de personal para la prestación de servicios asistenciales
---	---

Tabla 11. Actividad en desarrollo.

Actividades atrasadas:

8	Conformar el comité de prerrogativas o privilegios asistenciales.
9	Socializar ante el comité el procedimiento de prerrogativas o privilegios asistenciales.
10	Definir las prerrogativas o privilegios asistenciales y documentarlas

Tabla 12. Actividades atrasadas.



PAMEC DE GERENCIA

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	14	87,50%
ATRASADO	1	6,25%
EN DESARROLLO	1	6,25%
TOTAL ACTIVIDADES	16	100%

Tabla 13. Porcentaje de cumplimiento Pamec de gerencia.

Actividades cumplidas

1	Definir mecanismos de identificación de necesidades y expectativas por cada grupo de valor.
2	Fortalecer el desarrollo de las competencias en promoción, prevención y autocuidado del recurso humano, de acuerdo a las 10 primeras causas de morbilidad
3	Socializar resultados de la herramienta para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y Amplitud de los servicios que se han de proveer y plan de mejora según hallazgos. (Planeación - calidad procesos prioritarios)
4	Socializar en segundo nivel resultados del sistema integrado de gestión del riesgo y planes de mejora según hallazgos.
5	Socializar resultados y oportunidades de mejora del procedimiento para la implementación de acciones de referenciación del HUSJ
6	Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización
7	Fortalecer el despliegue del proceso de formulación, ejecución y monitorización de los PAP a los clientes internos a través de los diferentes mecanismos de comunicación (Boletín)
8	Socializar, implementar y evaluar código de integridad y de servicio público.
9	Socializar, implementar y evaluar las políticas públicas contenidas en la dimensión 1 del MIPG; gestión estratégica del talento humano y bienestar e incentivos.
10	Socializar, implementar y evaluar los lineamientos de la política de humanización.
11	Socialización del protocolo de apoyo emocional a la segunda víctima



13	Elaborar, socializar e implementar el procedimiento para asignación y gestión recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, teniendo en cuenta los criterios de estándar
14	Informe y socialización en el comité de gestión y desempeño sobre el control de los recursos a través de la evaluación periódica de la ejecución presupuestal, cartera, análisis de costos, gestión de inventarios, seguimiento de contingencias por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y pago de incapacidades.
15	Capacitación y socialización de la importancia, responsabilidad y participación de los sindicatos como proveedores de servicios tercerizados en el proceso de acreditación

Tabla 14. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo:

12	Socializar, implementar y evaluar el procedimiento para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, a sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores y entablar oportunidades de mejora según hallazgos encontrados(Código GTH-TLH-PD58, versión 2, del año 2022.
----	---

Tabla 15. Actividad en desarrollo.

Actividad atrasada:

16	Socializar resultados de las competencias HOSPITAL con los terceros contratados y planes de mejora, según hallazgos
----	---

Tabla 16. Actividad atrasada.



PAMEC DE DIRECCIONAMIENTO

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	17	100,00%
ATRASADO	0	0,00%
EN DESARROLLO	0	0,00%
TOTAL ACTIVIDADES	17	100%

Tabla 17. Porcentaje de cumplimiento Pamec de direccionamiento.

Actividades cumplidas:

1	Socializar la plataforma estratégica en la inducción (mensual) y re inducción (agosto)
2	Articular los planes de acción por proceso y subprocesos con los ejes de acreditación
3	Socializar en segundo nivel el resultado del plan de acción institucional. (semestral)
4	Fortalecer el despliegue del direccionamiento estratégico al nivel operativo y táctico a través de herramientas audiovisuales en la organización
5	Socializar resultados de los PAP por procesos en reuniones de segundo nivel.
6	Identificar las brechas en la adherencia a la política de humanización en las diferentes áreas o procesos a fin de realizar una intervención apropiada de acuerdo a los resultados
7	Sensibilizar al personal asistencial y administrativo en la importancia de la humanización en los servicios de salud a través de metodologías de coaching empresarial
8	Sensibilizar a las agremiaciones sindicales, en la importancia de la humanización en los servicios de salud.
9	Socializar, implementar y evaluar la política y programa de humanización.
10	Fortalecer el despliegue del Modelo de Atención de acuerdo a las nuevas directrices nacionales PAIS, MIAS y RIAS.
11	Fortalecer el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados, garantizando la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.
12	Fortalecer el proceso de revisión, validación, análisis y codificación de los diagnósticos de los egresos hospitalarios con miras a implementar GRD en la institución



13	Sensibilizar al personal en el Sistema Único de Acreditación
14	Capacitación en ejes de acreditación y su articulación con las políticas institucionales.
15	Implementar metodologías virtuales que favorezcan el acceso, la cobertura y seguimiento a los procesos de inducción, re inducción y capacitación.
16	Fortalecer el proceso de inducción a los nuevos integrantes de la junta
17	Fortalecer la definición de roles de los estudiantes en práctica

Tabla 18. Actividad cumplida

PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	13	92,86%
ATRASADO	0	0,00%
EN DESARROLLO	1	7,14%
TOTAL ACTIVIDADES	14	100%

Tabla 19. Porcentaje de ejecución Pamec de gerencia de la información

Actividades cumplidas:

1	Publicar el resultado de indicadores en la web, en vulcano y en cada servicio asistencial.
2	Fortalecer los procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización.
4	Analizar causas y generar planes de mejora en las variaciones no esperadas o no deseables de los resultados de los indicadores
5	Fortalecer el entrenamiento al personal para el uso de tecnología existente
6	Actualizar la página web con información vigente.



7	Actualización de la documentación (versiones vigentes) publicada en el mapa de procesos institucional
8	Actualizar, socializar, implementar y evaluar el procedimiento de minería de datos de acuerdo a la misión y visión institucional.
9	Actualizar master de indicadores institucionales y codificar fichas de los procesos de acuerdo al mismo.
10	Publicar indicadores de manera trimestral en los servicios asistenciales y administrativos
11	Fortalecer la información relacionada con los registros clínicos, garantizando la calidad del dato.
12	Socializar resultados del procedimiento del plan de contingencia de la información y entablar plan de mejora según hallazgos. Seguimiento en comité de Historia clínica
13	Consultar al Ministerio de Salud el Concepto técnico sobre el uso de siglas y emitir circular de acuerdo a la respuesta emitida.
14	Emitir capsulas de comunicación en los procesos asistenciales para despliegue de temas de interés en información a clientes internos y externos.

Tabla 20. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo:

3	Actualizar, socializar implementar y evaluar el plan de gerencia de la información, teniendo en cuenta los criterios del estándar.
---	--

Tabla 21. Actividad en desarrollo.



PAMEC DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	7	77,78%
ATRASADO	1	11,11%
EN DESARROLLO	1	11,11%
TOTAL ACTIVIDADES	9	100%

Tabla 22. Porcentaje de ejecución Pamec de gestión de la tecnología

Actividades cumplidas:

1	Fortalecer el proceso de evaluación costo beneficio en la etapa de estructuración de estudio previo.
2	Construir e implementar guías rápidas de manejo de la tecnología biomédica en equipos de riesgo IIB y III de acuerdo a priorización realizada.
3	Actualizar la política de gestión de la tecnología incluyendo los criterios del estándar.
4	Socializar, implementar y evaluar la política de gestión de la tecnología y planes de mejoramiento según hallazgos.
5	Automatizar el reporte de solicitud de correctivos de equipos biomédicos.
6	Fortalecer el reconocimiento de los programas de vigilancia.
7	Socializar la efectividad de las acciones y estrategias derivadas de la política de gestión de la tecnología en Pamec de segundo nivel

Tabla 23. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo

8	Crear indicador que permita medir la oportunidad de reposición de tecnología biomédica.
---	---

Tabla 24. Actividad en desarrollo

Actividad atrasada

9	Actualizar los procedimientos y protocolos de manejo clínico en los servicios de Imágenes Diagnósticos
---	--

Tabla 25. Actividad atrasada.



PAMEC DE GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO

ESTADO	ACTIVIDAD	PORCENTAJE
CUMPLIDO	18	95%
ATRASADO	0	0%
EN DESARROLLO	1	5%
TOTAL ACTIVIDADES	19	100%

Tabla 26. Porcentaje de ejecución Pamec de gerencia del ambiente físico

Actividades cumplidas

1	Analizar los resultados del informe de visita de la OPS del índice de seguridad hospitalaria institucional y entablar plan de mejora a los hallazgos que se puedan intervenir.
2	Implementar una herramienta para fortalecer la identificación de necesidades de infraestructura del cliente interno
3	Contar con programa de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios y entablar plan de mejora según hallazgos
4	Socializar estrategias realizadas para prevenir los impactos ambientales generados a raíz de la prestación de servicios de salud
6	Socialización de resultados de Talleres de segregación de residuos, movimiento interno, almacenamiento, desactivación de residuos: procedimiento utilizados para derrames a operarios de servicios
7	Socialización de la adherencia de rondas de seguridad por procesos asistenciales.
8	Socializar resultados de capacitación sobre el Plan de Gestión Integral elaborado por el generador (incluido covid-19), con la divulgación de los diferentes programas y actividades que lo integran, matriz de aspectos e impactos ambientales, política, riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares.
9	Socializar los resultados de la capacitación sobre: Legislación ambiental y sanitaria vigente, indicadores, uso eficiente de agua y energía, temas de interés ambiental y actividades que conlleven a la protección del medio ambiente y al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.
10	Socializar resultados de auditoria externa a la empresa gestora de residuos peligrosos en el grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria.



11	Fortalecer el despliegue de información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.
12	Realizar simulacro en los procesos administrativos y asistenciales ante situaciones tipo desastre natural, incendios y situaciones de emergencia, con sus respectivos análisis y planes de mejoramiento según hallazgos.
13	Determinar el método de comunicación ante los usuarios, familiares y responsables en caso de emergencia
14	Realizar simulacro de pérdida de usuario en la institución, socializar resultados y mejoras encontradas.
15	Implementar campañas educativas para disminuir o evitar el consumo de tabaco al interior del hospital
16	Instalar señalética relacionado con la política de no fumador en los procesos asistenciales y administrativos
17	Instalar señalética en la institución.
18	Estandarizar la identidad corporativa para la publicación de afiches, carteleros en los servicios administrativos y asistenciales en procura de disminuir la contaminación visual
19	Fortalecer los planes de contingencia con la inclusión activa y participativa de los procesos de Seguridad del paciente y seguridad y salud en el trabajo. Dichos planes deben ser socializados en el proceso antes del inicio de la obra, remodelación o intervención de mantenimiento hospitalario cuando aplique un correctivo significativo.

Tabla 27. Actividades cumplidas

Actividad en desarrollo

5	Diseñar estrategia, socializar, implementar y evaluar el uso seguro de ropa hospitalaria en los servicios de cirugía endoscopia y sala partos.
---	--

Tabla 28. Actividad en desarrollo.



CONCLUSIÓN

Se da cumplimiento en el 91% de ejecución al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, que corresponden a 195 actividades, 7 actividades en desarrollo equivalentes al 3% y 11 actividades atrasadas que equivale al 6%.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Institucionalmente la estrategia pares permitió identificar las experiencias exitosas de los procesos de atención al cliente asistencial para realización de referenciaciones internas, además permitió empoderar a las once líderes de calidad de los procesos convirtiéndolas en trazadores de las metas de seguridad, lo cual aplican diariamente con su equipo aportando al mejoramiento continuo

Institucionalmente se logró certificar a 726 colaboradores del hospital en el concepto de seguridad del paciente, permitiendo la estandarización de la taxonomía en seguridad del paciente, facilitando la aplicación de las barreras según las metas internacionales así como el logro de reportar voluntariamente los eventos presenciados y de aportar positivamente al análisis y plan del protocolo de Londres.

Las rutas integrales de atención en salud han permitido institucionalmente asegurar la integralidad en la atención en articulación con los demás agentes actores del sistema de salud, generando diferentes acciones coordinadas, complementarias y efectivas para la garantía del derecho a la salud y a la prestación de un servicio de calidad, materializado en atenciones dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativos, mejorando la oportunidad institucional y contribuyendo a la gestión clínica más eficiente

Lilian Lucia Medina B.

Lilian Lucia Medina Bolaños

Afiliada Participe Sindicato Admisalud

Coordinadora Aseguramiento de la calidad