

TEMA DE LA REUNION						COMITÉ ORDINARIO GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
07	01	12	2021	INICIAL: 08:30	FINAL: 11:00	SALA JUNTAS GERENCIA	HUGO ERNESTO BURBANO DAZA

ASISTENTES O INTEGRANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
Se anexa listado de asistentes			

ORDEN DEL DÍA

1. Socialización de Actividades PAMEC:

- Socialización Plan Único de Mejora- Paciente trazador (Dra Luz Dary Chilito- Dra Olga Erazo)
- Socialización resultados medición de los ejes de acreditación- Paciente Trazado (Dra Olga Erazo).
- Socializar en comité de planeación los avances en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Enfermero. Libert A . Muñoz)
- Avances Capacitación a los integrantes del Comité De Gestión y Desempeño Institucional en los criterios correspondientes al estándar. (Enfermero. Libert A . Muñoz).
- Socializar los resultados de la Gestión del Riesgo Administrativo de acuerdo a criterios del Estándar 100.(Subg. Administrativa).

2. Presentación Tablas de Retención Documental: (Archivo)

3. Presentación Plan de Trabajo implementación CIRCULARES 20211700000004-5 y 20211700000004-5 de septiembre de 2021 SUPERSALUD.

DESARROLLO

1. Socialización de Actividades PAMEC:

- Socialización Plan Único de Mejora- Paciente trazador (Dra Luz Dary Chilito- Dra Olga Erazo).

La Doctora Luz Dary Chilito realiza la presentación de las actividades implementadas dentro del Plan Unico de mejora enfocadas al usuario y su familia que lidera la oficina de Aseguramiento de la calidad, en cumplimiento de actividad PAMEC, de acuerdo a auditorias realizadas en 2020.

Segun dichas auditorias se establecieron 148 hallazgos que tienen impacto directo con el usuario y su familia. Algunos son trasversales, es decir que se encontraron en varios servicios. El servicio de urgencias fue en el que mas se encontraron hallazgos pero esto obedece a que es el servicio de mayor demanda.

De los 148 hallazgos los de mayor frecuencia e impacto al usuario y su familia fueron:

- ✓ Algunas veces no hay respeto por las condiciones de silencio. Uso de música a alto volumen en las noches. Referido a los empleados.
- ✓ La infraestructura del servicio no garantiza condiciones de privacidad.
- ✓ Usuarios refieren que se presenta problema al acceso en urgencias y consulta externa.
- ✓ Los Usuarios desconocen los derechos y Deberes.

48

4)

- ✓ Al personal de facturación de Ginecobstetricia les falta cordialidad, saludar y ser mas amables.
- ✓ Usuaría no recibió información sobre el procedimiento de apoyo espiritual.
- ✓ Los familiares no tiene información de los servicios que presta el Hospital.
- ✓ Los pacientes no tiene información sobre el derecho de solicitar una segunda opinión si así lo requiere.
- ✓ Los usuarios desconocen aspectos administrativos como tarifas, copagos, etc.
- ✓ El paciente no conoce la guía de usuario.
- ✓ Paciente considera que la info del siau para redicar turnos quirúrgicos no es la adecuada.
- ✓ Paciente manifiesta que no recibió la información sobre los servicios que presta el hospital para tratar su enfermedad, ubicación en el entrono, que hacer en caso de emergencia.
- ✓ El personal no conoce tres deberes del paciente, tres derechos del paciente.
- ✓ Las áreas del servicio no se encuentran con señalética institucional.
- ✓ Personal médico y especialistas no saluda y no se presentan por su nombre y actividad en el servicio.
- ✓ El paciente no recuerda el nombre de alguno de los médicos, o enfermeros o refiere que no se presentan.

Se trabajó con seguridad de paciente, humanización, SIAU y seguridad, para tratar de mejorar lo encontrado en los hallazgos. De los 148 hallazgos se subsanaron 60 equivalente al 40.54%, No se cumplieron 88 para equivalente al 59.46%. se trabajará en la próxima vigencia para subsanar los restantes.

- Socialización resultados medición de los ejes de acreditación- Paciente Trazador (Dra Olga Erazo).

La doctora Olga Erazo, líder de Seguridad del Paciente, presenta los resultados de la medición de los ejes de acreditación, de acuerdo a la metodología de Paciente Trazador.

Explica la simbología del logo de la acreditación en salud, realiza presentación de aspectos tales como: Modelo de Prestación de Servicios (AREPES-R), Modelo de mejoramiento (1, 2 Y 3er Nivel), Mapa de procesos, en donde se explica que los procesos Misionales corresponden al PACAS (Proceso de Atención al Cliente Asistencial) y los Estratégicos, de Evaluación y control, y los de apoyo, corresponden a los NO PACAS, Estandares de mejoramiento según manual de acreditación.

EJES DE ACREDITACIÓN:

1- ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Resultado: 87% cumplimiento actividades.

Oportunidad de Mejora: Actualizar Sistema de Gestión del Riesgo, de acuerdo a CIRCULAR EXTERNA de la SUPERSALUD, y recomendaciones metodológicas del manual de Gestión del Riesgo del DAFP.

2- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Resultado: Existe un pamec del año 2021 con cumplimiento del 100%. En algunas de las tecnologías, hacia el diseño de procedimientos. Existe el enfoque, la documentación.

Oportunidad de mejora: Aplicación, evaluación y mejoramiento de lo diseñado, Gestionar el riesgo de todas las tecnologías bajo la ruta de: Solicitud – Adquisición – Capacitación – Verificación de uso – Gestión de eventos asociados al uso de las tecnologías

3- HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

Resultado Indicadores

- Trato Digno: meta 90% Promedio I,II,II Trimestre 2021: 97.6%.
- Recepción de información: meta 90% Promedio I,II,II Trimestre 2021: 94%.
- Satisfacción Hotelaria y confort: meta 90% Promedio I,II,II Trimestre 2021: 95.5%.
- Necesidades identificadas del paciente y su familia: meta 80% Promedio I,II,II Trimestre 2021: 100%.

Oportunidad de mejora: Mejorar en el respeto a los derechos y velar por el cumplimiento de los deberes del usuario interno y externo

4- SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Resultado:

Promedio Metas de seguridad: 70%.

Aspectos mas resagados: Identificación del Paciente (42%); Seguridad en medicamentos (54%); Comunicación Efectiva (56%).

Oportunidad de mejora:

- Socializar el Concepto de Barreras de seguridad por cada lineamiento
- Fortalecer el Recibo y entrega de turno con estrategias como Briefing- Debriefing y la estrategia de comunicación efectiva tipo ISAER
- Estrategia vigías ocultos. Seguimiento aislamientos- y limpieza y desinfección
- Aporte a la seguridad del paciente con la aplicación de Barreras de seguridad por parte de los procesos NO PACAS: Procesos de apoyo
- Educación al paciente-familia: Habladores en las habitaciones y consultorios, así como en las redes.
- Insumos y dispositivos para prevenir LPP.

5- Atención centrada en el usuario y su familia:

Resultados: No se cuenta con resultados actualmente.

Oportunidad de mejora:

- Enfocar las RIAS con promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Articular las actividades de humanización y SIAU hacia el respeto de los derechos del paciente y cumplimiento de los deberes del paciente y su familia
- Determinar acciones enfocadas hacia el bienestar del usuario interno y su familia . Algunas acciones se encuentran en el eje de responsabilidad social.

CB

21

6. MEJORA CONTINUA- PAMEC: Resultados de PAMEC se están consolidando, se han hecho reuniones por estándar para determinar las actividades pendientes para proceder al cierre y realizar la autoevaluación del año 2021 y el pamec para el año 2022.

7. TRANSFORMACION CULTURAL:

Resultado: Clima Organizacional 92%.

Oportunidad de mejora: Integración, articulación de objetivos institucionales por todos los usuarios internos del HUSJ. Continuar incluyendo a los colaboradores del hospital en las actividades de Capacitación, Bienestar, Seguridad y salud en el trabajo.

8. RESPONSABILIDAD SOCIAL:

Resultado: Porcentaje Cumplimiento 78%.

Oportunidad de mejora: Definir actividades de impacto en cada componente, enfocadas con los otros ejes

RESULTADOS PACIENTE TRAZADOR EN INTERNACIÓN GENERAL ADULTOS:

- **Ítems de PACAS evaluados:** Seguridad-Humanización y AREPEES-R: 58% cumplimiento.
Ítem mejor evaluado: Ejecución de la planeación del cuidado y tratamiento: 83%
Ítem mas deficientes: Conciliación medicamentosa y perfil farmacoterapéutico, Acceso, Evaluación de Necesidades al ingreso, Plan de Egreso y seguimiento
- **Ítems NO PACAS evaluados:** 50% de Cumplimiento:

Ítems mejor evaluados: Direccionamiento Estratégico: 76%, Gestión de la Tecnología 67%.

Ítem mas deficientes: Gerencia, Talento Humano: 33%. Ambiente Físico: 38%.

Oportunidades de mejora según los resultados:

PACAS	% CUMPLI MIENTO	OPORTUNIDADES DE MEJORA
HUMANIZACION	64	Cultura hacia respeto de derechos- guía del usuario
SEGURIDAD DEL PACIENTE	77	Cultura hacia barreras de SP
ACCESO	17	Procedimiento de TRIAGE- Dinámica- Remisiones, consentimientos- alta voluntaria en hc 200
REGISTRO CLINICO DE INGRESO	53	Procedimiento de calidad de HC
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	11	Procedimiento de ACOGIDA y de información necesidades
PLANEACION DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	57	Adherencia a GUIAS- VIAS en trauma- IMA y Protocolos
EJECUCION DE LA PLANEACION DEL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO	83	Procedimiento de solicitud y asignación de camas- cirugía y referencia
CONCILIACION MEDICAMENTOSA Y PERFIL FARMACOTERAPEUTICO	0	Trazabilidad de Conciliación medicam.
TRASLADO Y TRASFERENCIA ENTRE SERVICIOS	73	
PLAN DE EGRESO	25	Procedimiento de EGRESO
METAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	67	
GRAN TOTAL	58	

PORCENTAJE TOTAL NO PACAS	Oportunidades de Mejora
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO 76	Políticas institucionales - P y P – RIAS - Mapa de riesgos- Indicadores- modelo de mejoramiento
GERENCIA 33	Identificar y gestionar las necesidades del usuario interno Socializar ruta en la intranet de guías y protocolos.
TALENTO HUMANO 33	Articular acciones con SINDICATOS- estímulos e incentivos- hábitos de vida saludables- Articular acciones con Convenio docencia servicio presten servicio seguro y humanizado. Garantizar asistencia y cambios de turno. Análisis de carga de trabajo, evaluación del desempeño. Socializar acreditación- investigación
AMBIENTE FISICO 38	Procedimientos articulados con PACAS- Gestión del riesgo :
GERENCIA DE LA INFORMACION 50	Eventos asociados a las tecnologías , evaluación de la
GESTION DE LA TECNOLOGIA 67	confidencialidad de la HC- mesa de ayuda tecnologías.
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 50	Seguimiento a prestación de servicios por terceros- Fortalecer atención por psiquiatría y facturación.
GRAN TOTAL 50	

CB

Q

- Socialización de los avances en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Enfermero. Libert A. Muñoz). Debido a que el Enfermero Libert Muñoz, se encuentra en incapacidad, El Jefe de la Oficina asesora de planeación, presenta el informe de avance:
 - ✓ Elaboración del documento metodológico de Rutas Integrales de Atención en salud RIAS
 - ✓ Socialización del proceso a los coordinadores de servicios.
 - ✓ Definición de los grupos de trabajo para la implementación de RIAS.
 - ✓ Elaboración de capacitación de RIAS para todos los empleados del Hospital disponible en Plataforma E-LEARNING.
 - ✓ Evaluación de los avances de la implementación de RIAS. "En proceso" (han avanzado los responsables de RIAS salud mental y enfermedades huérfanas).
 - ✓ Se tiene proyectado ejecutar las actividades de P y P con base en la normatividad MAITE (Modelo de Atención Integral Territorial) y Resolución 3202 de 2016, metodología para adopción. de RIAS.
- Avances Capacitación a los integrantes del Comité De Gestión y Desempeño Institucional en los criterios correspondientes al estándar. Se proyecta presentación sobre PYP a los integrantes de Comité de gestión y se informa que dicha capacitación la pueden realizar también en la plataforma E- LEARNING.
- Socializar los resultados de la Gestión del Riesgo Administrativo de acuerdo a criterios del Estándar 100.(Subg. Administrativa): La Doctora Lucy Ximena Ibarra Hernandez, presenta los resultados, destacándose lo siguiente:

Porcentaje de recaudo según ejecución presupuestal: 69%

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: 107% (equilibrio)

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida: 129%

Dinero recaudado por giro directo: El seguimiento continuo y compromisos obtenidos en mesas de saneamiento de cartera han garantizado el porcentaje mínimo y pago de cartera incluidos saldos saneados.

Liquidez simple (Razón corriente): Permite determinar las veces que el activo corriente supera el pasivo corriente, es decir que por cada peso que adeuda el HUSJ tiene \$ 8.2 para cubrir esa deuda

Capital de trabajo: A septiembre 2021 el HUSJ cuenta con \$245.012 millones, se presenta incremento con relación a 2020, por aumento en la cartera, los inventarios y la propiedad, planta y equipo.

Razón de endeudamiento: Permite determinar la porción de los activos que están financiados con deuda de terceros (proveedores - acreedores), el HUSJ ha financiado el 12.33% con deuda de terceros, al ser un porcentaje bajo se convierte en una garantía para los acreedores

Gestion De Proyectos: se prioriza como proyecto de inversión "Construcción de edificio para el servicio de consulta externa, procesos de innovación - investigación y procesos administrativos del Hospital", el cual ya se encuentra formulado y radicado en fecha 04 de junio de 2021 según código de verificación 677fc - radicado 202142300997082.

Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS: Se han presentado tres informes, pendiente de presentar la información de la producción del 3er trimestre en próxima

Indicadores de Almacén: Control efectivo de vencimientos de elementos de consumo. No se ha presentado desabastecimiento. Identificación de los bienes obsoletos para dar la baja definitiva. Se han tramitado el 84% de las facturas de Almacén General.

Cuenta contable de almacén general: con un resultado del 1,18% como SATISFACTORIO, se debe mejorar para el cumplimiento de la cuenta contable para estar por debajo del 1%

Órdenes de compra realizadas por el área de almacén los porcentajes no llega al 100%, dando como resultado negativo o deficiente, debido a que los proveedores se atrasan en la entrega de los elementos.

Capacitación: se realiza como apoyo a los procesos de formación de los trabajadores, funcionarios públicos y colaboradores. Con el propósito de garantizar el acceso a la plataforma E-Learning, se creó un link de acceso desde la página web de la institución. Ejecución con corte a agosto de 2021 del 34.4% del PIC.

Evaluación Desempeño Laboral: 100% Cumplimiento 1er semestre 2021, 95.7% personas evaluadas.

Medición del Desempeño de Provisionales: 100% cumplimiento 1er semestre 2021, creció frente a 2do semestre 2020 donde se obtuvo 73.3%.

Cumplimiento de procesos de inducción: Cubrimiento del 98.3% en periodo junio a agosto.

Ejecución Plan Institucional de Bienestar Social e Incentivos: 50% (Mese Junio- Agosto)

Porcentaje de cumplimiento actividades mapas de riesgos administrativos: 92.9%

Porcentaje de cumplimiento actividades mapas de riesgos asistenciales: 87.9%

Seguimiento y evaluación a los Planes de Mejoramiento suscritos: A pesar de la pandemia, la oficina de C.I. ha cumplido en un alto porcentaje con el PGA del 2020, y desde el 2018, se han realizado 5 auditorías asistenciales, y 9 auditorías administrativas, con las cuales se ha suscrito P.M. con 13 procesos, la de T.H. en el 2018 se realizó informe de cierre de auditoría. Los P.M. son suscritos no solo con el Coordinador del proceso auditado sino también con los procesos transversales, con lo cual se ha logrado un mejoramiento en las distintas áreas.

Prevalencia de Accidentes Laborales: De enero a septiembre de 2021 ocurrieron 91 accidentes laborales, con una prevalencia del 4,3%, clasificados de la siguiente forma: Biológicos: 63 Biomecánico: 17 Locativo: 6 Mecánico: 3 Seguridad: 1 El personal ha dado cumplimiento a las normas de bioseguridad en la institución. El personal es consciente de la importancia del reporte de accidentes laborales. Se ha realizado la investigación de los accidentes laborales, estableciendo las medidas preventivas y correctivas

Prevalencia de patologías calificadas de origen laboral en el periodo: De enero a septiembre de 2021 se han reportado 54 enfermedades a la ARL, con una prevalencia del 2,5%. La mayoría corresponde a Covid19, se han realizado las investigaciones de estos eventos y se establecieron las medidas preventivas y correctivas. El personal conoce la ruta de reporte y es consciente de la importancia de realizar el reporte.

Promedio de resultados de variables del clima organizacional: Este indicador se diligencia en el mes de diciembre de 2021.

Plan de trabajo anual: De enero a septiembre de 2021 se ha cumplido con el 87% de las actividades establecidas dentro del Plan de Trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo.

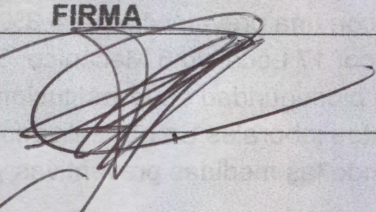
- Actualización de Procedimiento para formulación del PAA, con lo requerido en el PAMEC : El Procedimiento ya está actualizado, formalizado y subido en la plataforma de vulcano en mapa de procesos- planeación.
- Respecto al Plan de Participación Social en Salud, se incluyó en el PAA 2022 la suma de \$ 10 millones para los gastos de ejecución del plan, que quedaron contemplados en Presupuesto.

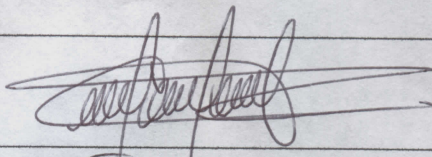
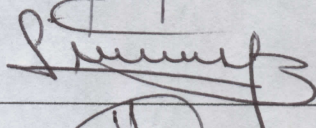
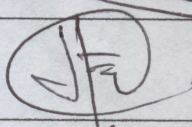
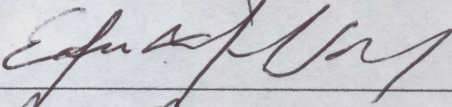
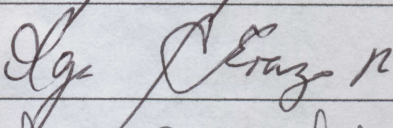
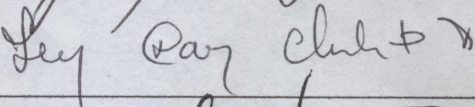
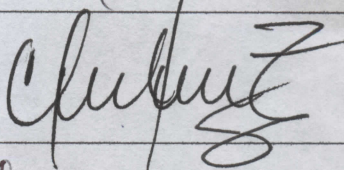
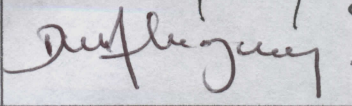
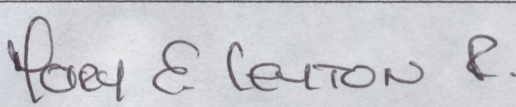
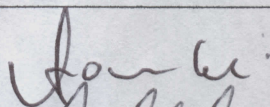
3. Presentación Tablas de Retención Documental: la firma Contratista ATC SAS, presenta informe sobre el cumplimiento del contrato 148 cuyo objeto es la actualización de las tablas de Retención Documental.

El Doctor Cesar Sarria manifiesta que dentro del informe se debe realizar correcciones en lo concerniente a los antecedentes del Hospital, porque hay elementos que faltan y se comprometió a aportar la información para subsanar este tema. De acuerdo al cuadro de clasificación documental presentado, se debe hacer una depuración en cuanto a las series y subseries, porque la idea de las tablas es facilitar la gestión de archivo y según lo mostrado hay exceso de información, hay series que realmente no son documentos y no se encuentra ajustado a la estructura o mapa de procesos, en especial lo relacionado con áreas asistenciales como son internación y críticos.

Sugiere se haga una revisión del cuadro de clasificación y se cite a los líderes de proceso para socializar las tablas de retención.

4. Presentación Plan de Trabajo implementación CIRCULARES 20211700000004-5 y 20211700000004-5 de septiembre de 2021 SUPERSALUD. Esta actividad se aplaza para próximo comité.

NOMBRE - PROCESO O SERVICIO	FIRMA
Cesar Edmundo Sarria Porras Gerente	
Oscar Fernando Rosero Vargas Subgerente Científico	

NOMBRE - PROCESO O SERVICIO	FIRMA
Claudia Tatiana Rodríguez Bravo Jefe Oficina Asesora Jurídica	
Lucy Ximena Ibarra Hernández Subgerente Administrativo y Financiero	
Hugo Ernesto Burbano Daza Jefe Oficina Planeación	
Edna Mercedes López Jefe Oficina de Control Interno (Invitada)	
Olga Cecilia Erazo Líder Seguridad del Paciente (Invitada)	
Luz Dary Chilito Profesional Aseguramiento de la Calidad. (Invitada)	
Cesar Gilberto Zúñiga Muñoz Líder Gestión de la Innovación e investigación (Invitado)	
Dora Alicia García Lider Gestión Documental (Invitada)	
Mary E leyton R Contratista ATC SAS. (Invitado)	
Robert Tombé Contratista ATC SAS. (Invitado)	
Leonardo Mazzo Contratista ATC SAS. (Invitado)	