



PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC 2017

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

YUMBO – VALLE

TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ

GERENTE

2017



Nº	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA
				TIEMPO PROGRAMADO		
1	No se cuenta con una herramienta que permita identificar que los usuarios comprenden sus derechos y deberes.	Actualizar el programa de humanización, socializar al personal de la institución. Despliegue de derechos y deberes a los usuarios.	SUBGERENCIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	10 MESES	1. Establecer el líder de humanización. 10% 2.Socializar y hacer campañas de derechos y deberes, a través de las pantallas de televisión, folletos entregables, carteleras, alta voz y charlas presenciales en las salas de espera. 70% 3.Listados de asistencia. 20%	100%
2	No se evidencia evaluación de identificación de las barreras de acceso a los servicios a los usuarios por parte de la entidad.	Documentar, evaluar, construir planes de mejora y hacer seguimiento a las barreras de acceso a los servicios.	SUBGERENCIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	10 MESES	1. Documentar las barreras de acceso, planes de mejoramiento y hacer seguimiento. 70% 2. Socializar el documento de las barreras de acceso. 30%	100%
3	No se evidencia la política de renovación de tecnología, análisis documentados de costos, reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.	Documentar, evaluar y socializar la política para la renovación de tecnología.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	10 MESES	1. Documentar la política de renovación de tecnología 70% 2. Evidenciar análisis de costos de reparación, mantenimiento y obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. 30%	100%



4	No se cuenta con ambientes físicos que garanticen la privacidad de los usuarios respecto a comodidad, para una atención humanizada.	Diseñar e implementar ambientes físicos seguros que garanticen la privacidad y comodidad a los usuarios durante el uso de los servicios.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	10 MESES	1. Verificar cuales son los ambientes físicos que requieren privacidad para los usuarios en el momento de consultar un servicio. 60% 2. Adecuar en forma gradual los ambientes físicos identificados para brindar privacidad y comodidad a los usuarios. 40%	100%
5	No se evidencia despliegue e implementación del programa de tecnovigilancia en la institución.	Garantizar la implementación del programa de Tecnovigilancia a nivel institucional, divulgación, aplicación y evaluación.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	10 MESES	1. Realizar despliegue institucional del programa de tecnovigilancia dando cumplimiento a la normatividad vigente. 70% 2. Definir e implementar la ruta de reporte de eventos adversos. 30%	100%
6	La entidad no cuenta con un análisis de costo beneficio de la relación docencia - servicio. (Estándar 115)	Analizar, evaluar y hacer seguimiento de costo beneficio de la relación docencia - servicio, que permita garantizar una prestación óptima.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Analizar y evaluar seguimiento de costo beneficio de la relación docencia - servicio, que permita garantizar una prestación óptima. 70% 2. Hacer seguimiento de costo beneficio de la relación docencia - servicio, que permita garantizar una prestación óptima. 30%	100%
7	No se evidencian un protocolo donde se identifiquen los controles en el transporte de muestras en el laboratorio de referencia según los criterios especificados en el estándar: motivo de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros.	Documentar el protocolo de los controles de transporte de muestra a laboratorio de referencia.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Documentar y socializar el protocolo de los controles de transporte de muestra a laboratorio de referencia. 100%	100%



8	No se cuenta con el programa de seguridad del paciente actualizado, ni la implementación de una metodología a nivel institucional para la identificación de los riesgos, fallas y eventos adversos.	Actualizar el programa de seguridad del paciente, asegurar y evidenciar el despliegue del programa y la política de seguridad del paciente a los colaboradores en el Hospital, los puestos de salud y comunidad, búsqueda activa de eventos adversos e incidentes.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Actualizar el programa de seguridad del paciente. 30% 2. Asegurar y evidenciar el despliegue del programa y la política de seguridad del paciente a los colaboradores en el Hospital, los puestos de salud y comunidad, búsqueda activa de eventos adversos e incidentes. 70%	100%
9	No se evidencia un procedimiento de técnicas de aislamiento.	Documentar, difundir y evaluar el procedimiento de técnicas de aislamiento para personal asistencial, familiares y/o visitantes y hacer la medición de la adherencia al mismo.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Documentar el procedimiento de aislamiento. 40% 2. Socializarlo con el personal involucrado y grupo de interés. 30% 3. Evaluar el procedimiento con cada colaborador de interés, controlar y ajustar las deficiencias. 30%	100%
10	No se ha evaluado la política formal para el uso racional de antibióticos en la institución.	Implementar a nivel institucional la política formal para el uso racional de antibiótico. Divulgar y evaluar su adherencia.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Socializar con los colaboradores y los usuarios el uso racional de antibiótico. 50% 2. Evaluar la adherencia al uso racional de antibióticos y ajustar cambios o reforzar según resultados de la evaluación. 50%	100%
11	Se evidencian falencias en el cuanto a los componentes del estándar de Medicamentos, falta despliegue de farmacovigilancia y evidencia de la estrategia de uso seguro de medicamentos.	Fortalecer dentro del programa de seguridad del paciente la estrategia del uso seguro de medicamentos y garantizar el despliegue institucional.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Verificar el objeto del contrato con el proveedor de medicamentos e insumos médico quirúrgicos incluyendo el cumplimiento del estándar de medicamentos. 15% 2. Controlar el cumplimiento de los criterios del estándar de habilitación 30%. 3. Evaluar la adherencia a la aplicación de la estrategia del uso seguro de medicamentos 30%. 4. Determinar un espacio físico donde se pueda conservar y controlar los insumos y medicamentos con los estándares de habilitación. 25%	100%



12	Fortalecer la medición de adherencia a guías clínicas y/o protocolos de uso institucional.	Ampliar la medición a la adherencia a guías clínicas y protocolos en otras áreas de los procesos asistenciales, y evidencian la toma de acciones frente a los resultados.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	1. Ampliar en un 50 % la medición de adherencia a Guías Clínicas y protocolos en los diferentes servicios asistenciales. (60%) 2. Evidenciar los resultados de los análisis y sus acciones frente a los resultados. (40%)	100%
----	--	---	------------------------	----------	--	------

Elaborado por:	GERENCIA, SUBGERENCIA DE GESTIÓN DE CALIDAD, SUBGERENCIA CIENTIFICA Y SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
Revisado por:	PATRICIA RENGIFO <i>Patricia R</i>
Aprobado por:	TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
Fecha de Aprobación:	01 DE MARZO DE 2017



TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
GERENTE