



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003
Versión: 000

PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD PAMEC

ENTIDAD HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
REPRESENTANTE LEGAL TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
PERÍODO III TRIMESTRE
FECHA DE SEGUIMIENTO: Diciembre 2017

N°	CALIDAD OBSERVADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE	OBSERVACIONES
				TIEMPO PROGRAMADO				
1	No se cuenta con una herramienta que permita identificar que los usuarios comprenden sus derechos y deberes. (Estandar 1)	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 lider de humanización. 10% 2.Socializar y hacer campañas de derechos y deberes, a traves 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%	100%	Se realizo una orden de servicio por concepto de 3 conferencias y 6 intervenciones Hospitalarias realizadas durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017, por parte de Calclown-Payasos Humanitarios. Se continua con la socialización de los derechos y deberes a los usuarios y acompañantes en las salas de espera de los servicios de la Institución.
2	No se evidencia evaluación de identificación de las barreras de acceso a los servicios a los usuarios por parte de la entidad. (Estandar 8)	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%	100%	Se socializo al personal auxiliar administrativo de citas, facturación de consulta externa y urgencias, se realizó seguimiento a las barreras de acceso.
3	Reforzar 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. Actualizar 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%	100%	Se evidencia aprobación en el aplicativo institucional Daruma y socialización de la política de renovación de tecnología.

4	No se cuenta con ambientes físicos que garanticen la privacidad de los usuarios respecto a comodidad, para una atención humanizada. (Estandar 127)	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%	100%	Se identifico la necesidad de dos biombos para el consultorio 3 y 4 del servicio de urgencias, teniendo en cuenta que estos no cuentan con baño, teniendo en cuenta que en cuanto a privacidad para los usuarios es lo único que esta pendiente.
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	11 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%	100%	Se evidencia el indicador de reporte de evento adverso al día con cero reportes.
6	La entidad no cuenta con un análisis de costo beneficio de la relación docencia - servicio. (Estandar 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%	100%	Se han realizado 1 CODA SALAMANDRA 19-12-2017 con ACTA DE REUNION -CODA SCH-011-026-012 y se realizo un acta de interventoría el 14 de noviembre de 2017 donde se evidencia el seguimiento a los colaboradores que tomaron las becas que suministro Salamandra al Hospital.
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 estandar: 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%	100%	El protocolo de transporte de muestras, se encuentra en el aplicativo Institucional Daruma y se socializo al personal de laboratorio.

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. Estandar 5-6)	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%	100%	Se continua con el despliegue del programa y la política con el personal de la Institución y de puestos de salud.
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 interes. 30% 3.Evaluar el procedimiento con cada colaborador de interes, controlar y ajustar las deficiencias. 30%	100%	100%	Se realiza evaluación del procedimiento d etécnicas de aislamiento dentro de las auditorías de adherencia a guías y procedimientos de los médicos.
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%	100%	Se evidencio la socialización de la política de uso racional de antibiótico.

11	Se evidencian falencias en cuanto a los componentes del estándar Medicamentos, despliegue 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	<p>1. Verificar el objeto del contrato con el proveedor de medicamentos e insumos médico quirúrgicos incluyendo el cumplimiento del estándar de medicamentos. 15%</p> <p>2. Controlar el cumplimiento de los criterios del estándar de habilitación 30%.</p> <p>3. Evaluar la adherencia a la aplicación de la estrategia del uso seguro de medicamentos 30%.</p> <p>4. Determinar un espacio físico donde se pueda conservar y controlar los insumos y medicamentos con los estándares de habilitación. 25%</p>	100%	100%	Se adecuó una estantería en el área de citología y urgencias para el almacenamiento, conservación y control de los medicamentos.
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 evidenciar la toma de acciones frente a los resultados.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	10 MESES	<p>1. Ampliar en un 50 % la medición de adherencia a Guías Clínicas y protocolos en los diferentes servicios asistenciales. (60%)</p> <p>2. Evidenciar los resultados de los análisis y sus acciones frente a los resultados. (40%)</p>	100%	100%	Se evidencia que se continua realizando la auditoría a las historias clínicas medicas y odontológicas cuarto trimestre.
TOTAL							100%	Avance Cuarto Trimestre

Firma Representante Legal: _____

TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
GERENTE