



INFORME DE SEGUIMIENTO
PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC
PRIMER TRIMESTRE

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
YUMBO - VALLE

WALTER ÁNGEL TORRES
GERENTE

Abril 2016



N°	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
1	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de reuso de dispositivos médicos cuando aplique y a los definidos dentro de la política institucional.	Subgerencia Científica y Subgerencia de Calidad	1. El único dispositivo reusable es la máscara de Ambu, líder Diana Rocío Salazar es la encargada y ya solicitó a almacén que hiciera la requisición al proveedor de la ficha técnica de reuso como insumo para elaborar el procedimiento.	25%	10%
2	Documentar los planes de contingencia planificados cada vez que se requiera la realización de modificaciones, adecuaciones y otros cambios estructurales en la institución.	Subgerencia Administrativa y Mantenimiento	1. Se formuló un "Plan de Traslado", sin embargo, no se ha pasado para aprobación ni se ha documentado formalmente.	25%	25%
3	Realizar el despliegue institucional del nuevo plan de emergencias con la actualización de los aspectos relacionados en este criterio.	Subgerencia Administrativa y Salud Ocupacional	1. El Plan de Emergencias institucional se encuentra aprobado por la ARL, sin embargo, no se ha documentado formalmente.	25%	20%
4	Diseñar, implementar y evaluar un plan de contingencia para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de información de la institución.	Subgerencia Administrativa y Sistemas	1. El líder diseñó un "Plan de Continuidad del Negocio", pero éste no se ha documentado aún.	25%	20%
5	Fortalecer el programa de seguridad del paciente en cuanto a estrategias de auto reporte, identificación del riesgo e implementación de barreras de seguridad.	Subgerencia de Calidad y Líder de Seguridad del Paciente	1. Se socializaron los mecanismos y se facilitó el autoreporte a través de cinco buzones para reportar incidentes y eventos adversos en las áreas asistenciales. Se evidenció por medio de entrevista al personal, el conocimiento de la ruta de reporte.	25%	30%



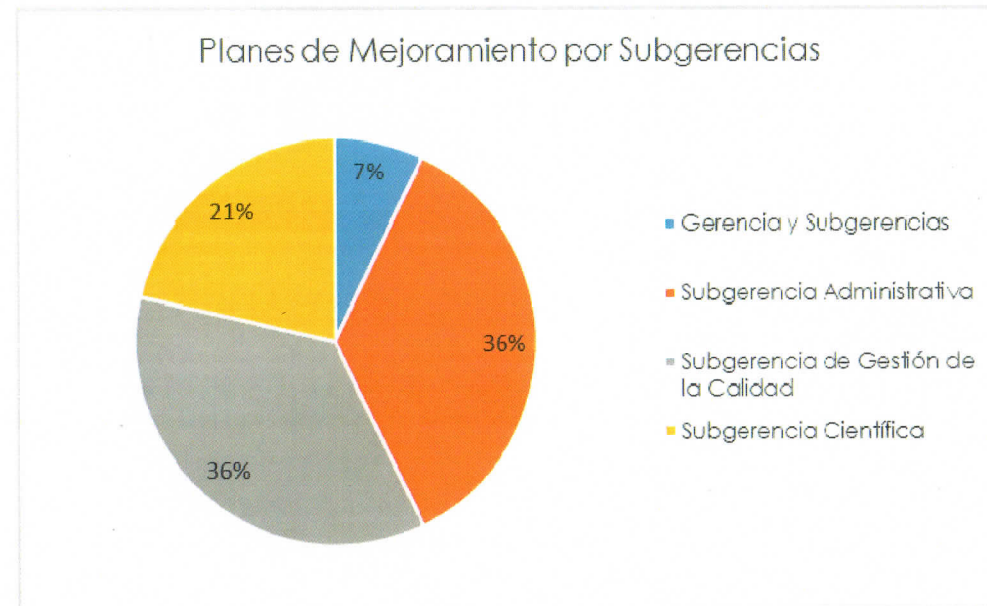
Nº	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
6	Documentar, implementar y diseñar un programa para garantizar la seguridad del uso de tecnología que incluya los criterios mencionados en el estándar.	Subgerencia Administrativa y Sistemas	No hay avance.	25%	0%
7	Estandarización de una metodología para la búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	Subgerencia de Calidad y Líder de Seguridad del Paciente	1. Las áreas involucradas cuentan con los insumos para la elaboración de la matriz de riesgos, mas no se ha elaborado la misma.	25%	5%
8	Se debe implementar controles en el transporte de muestras a laboratorios de referencia según los criterios especificados en el estándar: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros	Subgerencia Científica y Laboratorio	No hay avance.	25%	0%
9	Asegurar el despliegue del programa de seguridad del paciente a los diferentes puestos de salud y sus colaboradores, búsqueda activa de eventos adversos e incidentes.	Subgerencia de Calidad Y Líder de Seguridad del Paciente	1. Se estableció plan de trabajo en puestos de salud para garantizar el despliegue del programa de seguridad, consiste en rondas del personal del hospital a los diferentes puestos para monitorear y ayudar a la adherencia al Programa de Seguridad.	25%	20%
10	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 Científica Y Líder de Seguridad del Paciente	1. El procedimiento se encuentra documentado en el Manual de Bioseguridad código SHYP-010-009-001. 2. Se evidenció a través de entrevista con el personal, conocimiento del procedimiento.	25%	40%



N°	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
11	Fortalecer dentro del programa de seguridad del paciente la estrategia del uso seguro de medicamentos y garantizar el despliegue institucional.	Gerencia y Tres Subgerencias	1. Se solicitó al área encargada modificar el objeto del contrato de medicamentos e insumos médico quirúrgicos con el proveedor, incluyendo el cumplimiento del estándar de medicamentos. No hay avance respecto a las actividades planteadas.	25%	0%
12	Garantizar la implementación del programa de Tecnovigilancia a nivel institucional, divulgación, aplicación y evaluación.	Subgerencia Administrativa. Líder del Proceso de Mantenimiento	No hay avance.	25%	0%
13	Implementar a nivel institucional la política formal para el uso racional de antibiótico. Divulgar y evaluar su adherencia.	Gerencia, Subgerencia de Calidad y Auditoría Médica	1. El líder de Procesos de Salud, Jhonny Ramírez es el profesional encargado de documentar las políticas y desarrollar el manual de uso racional de antibióticos, sin embargo, no hay avance.	25%	0%
14	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 de Calidad y Auditoría	No hay avance.	25%	0%



AVANCE DE EJECUCIÓN DEL PAMEC
AL 30 DE MARZO DE 2016





AVANCE DE EJECUCIÓN DEL PAMEC
AL 30 DE MARZO DE 2016

	# Planes de Mejoramiento	Calidad Esperada	Avance
Gerencia y Subgerencias	1	25%	0%
Subgerencia Administrativa	5	25%	13%
Subgerencia de Gestión de la Calidad	5	25%	11%
Subgerencia Científica	3	25%	17%
Total	14	25%	10,25%

