



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

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

WALTER ÁNGEL TORRES
GERENTE

Julio 2016



N°	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
1	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de reúso de dispositivos médicos cuando aplique y a los definidos dentro de la política institucional.	Subgerencia Científica y Subgerencia de Calidad	1. Se documentó procedimiento para el área de Odontología. Se extenderá para las demás áreas.	50%	25%
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, se retrasó documentación debido a cambio de líder de proceso.	50%	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.	50%	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. Se solicitó a Gestión Documental la creación del nuevo documento "Plan de Contingencia" dentro del Sistema de Gestión.	50%	50%
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. 2. Se evidencia mediante consolidado de reporte, aumento del 27% del número de reportes durante el primer semestre de 2016, respecto al mismo período del año anterior. Se debe mantener tasa.	50%	50%



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	1. Se modificó el Manual para el Uso de los Computadores incluyendo criterios mencionados en el estándar, se solicitó al área Gestión Documental la creación del documento.	50%	45%
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. Se envió propuesta al área de Mejora Continua pero no ha sido aprobada.	50%	30%
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.	50%	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. Dentro del plan de trabajo en los puestos de salud se realizó socialización de reporte de eventos adversos, como una parte importante del Programa.	50%	30%
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. Se evidenció a través de entrevista con el personal, conocimiento del procedimiento. 2. Se resocializó a las Enfermeras Jefe la existencia del documento y el proceso y su ubicación.	50%	60%



Nº	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.	50%	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.	50%	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 médico familiar Juan Pablo Tehelen fue el encargado de sugerir los criterios para implementar la política de Uso Racional de Antibiótico que se evaluará para proceder con la documentación de la Política, el manual, la socialización y demás.	50%	15%
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.	50%	0%



AVANCE DE EJECUCIÓN DEL PAMEC AL 31 DE JULIO DE 2016

	# Planes de Mejoramiento	Calidad Esperada	Avance
Gerencia y Subgerencias	1	50%	0%
Subgerencia Administrativa	5	50%	28%
Subgerencia de Gestión de la Calidad	5	50%	25%
Subgerencia Científica	3	50%	28%
Total	14	50%	20,33%

