



INFORME DE SEGUIMIENTO
PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC
2016

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

TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
GERENTE

DICIEMBRE 31 DE 2016

Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



N°	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	ACCIONES DE CUMPLIMIENTO REALIZADAS	CALIDAD ESPERADA	% AVANCE
1	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de reusó de dispositivos médicos cuando aplique y a los definidos dentro de la política institucional.	SUBGERENCIA CIENTÍFICA Y SUBGERENCIA DE CALIDAD	<p>1. En el momento la institución cuenta con el procedimiento estandarizado para central de esterilización</p> <p>2. Los líderes de los procesos fueron capacitados por personal externo en la implementación del procedimiento.</p> <p>3. Se cuenta con un procedimiento estandarizado para el reusó de dispositivos médicos identificados para la institución los cuales fueron incluidos dentro de la política institucional de reusó.</p> <p>Esta acción se realizó con el servicio de odontología.</p>	100%	100%
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	Está en Daruma pendiente de aprobación, se tuvo en cuenta en la remodelación del 2016.	100%	90%



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	El plan de emergencia se elaboró y se socializó, se realizó capacitación al personal de puestos de salud.	100%	100%
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	Se diseña "Plan de Contingencia" para la seguridad y funcionamiento de la información documentos que se encuentran en el aplicativo Daruma.	100%	100%
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 GESTIÓN DE CALIDAD Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	<p>1. Se cuenta en el momento con una política de seguridad del paciente reestructurada con sus respectivas líneas estratégicas.</p> <p>2. como mecanismos para promover auto reporte de incidentes y eventos adversos, se realizan actividades de sensibilización en temas de seguridad del paciente, tecno vigilancia e infecciones a los líderes de procesos asistenciales, administrativos y demás colaboradores.</p> <p>3. se realiza socialización de la política de seguridad del paciente, taxonomía, mecanismo de reporte, análisis y gestión de incidentes y eventos adversos.</p>	100%	100%



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 LÍDER DE MANTENIMIENTO	Se documentó el programa de Manejo seguro de tecnología Biomédica publicado en Daruma.	100%	100%
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	La entidad adopta la matriz de riesgo para seguridad del paciente establecida por el MINSALUD para la búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	100%	100%
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	El líder del proceso está revisando el manual de procedimiento para realizar las modificaciones correspondientes.	100%	30%
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 GESTIÓN DE CALIDAD Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Dentro del plan de trabajo en los puestos de salud se realizó socialización de eventos adversos y conceptos básicos de seguridad en el paciente se instalan buzones con los respectivos formatos de reporte de incidentes y reportes de eventos adversos.	100%	100%

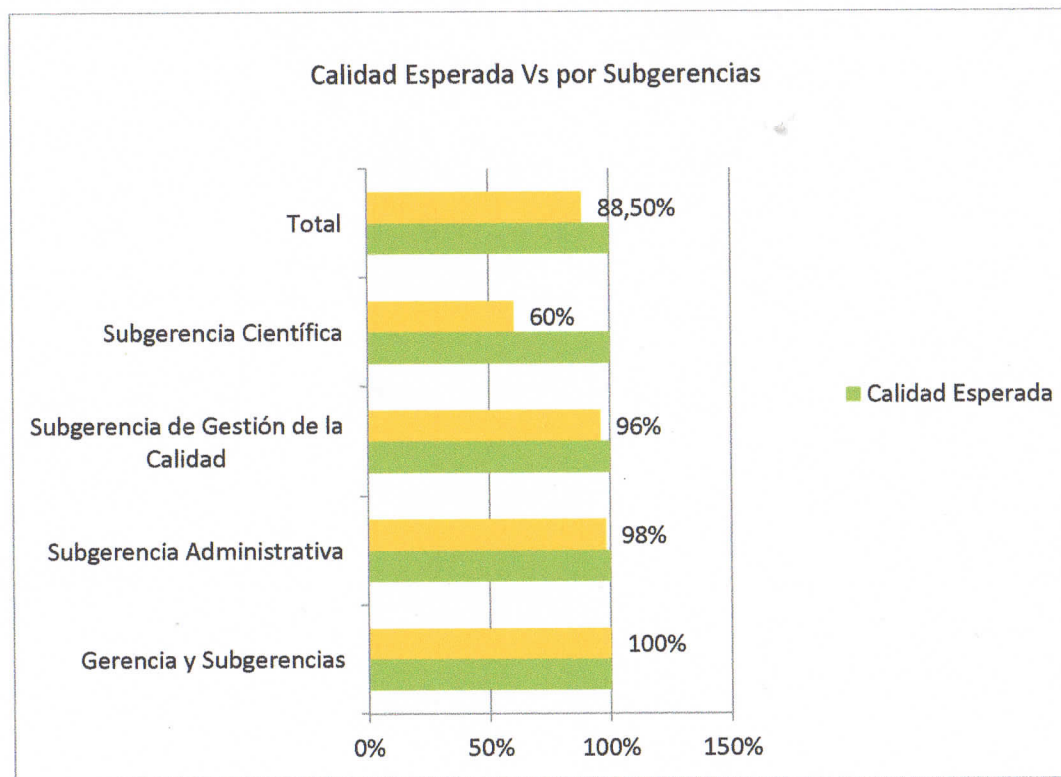


10	Documentar, difundir y evaluar el procedimiento de técnicas de aislamiento para personal asistencial, familiares y/o visitantes y hacer la medición de la adherencia al mismo.	SUBGERENCIA CIENTÍFICA Y LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se cuenta con instructivo de precauciones estándar y especiales uso de elementos de protección personal se elabora fichas para precauciones aéreas de gotas y de contacto las cuales serán de responsabilidad de los integrantes del comité de infecciones se socializa su implementación a los diferentes líderes de procesos a cargo de personal experto contratado dentro del proyecto de habilitación y seguridad del paciente.	100%	50%
11	Fortalecer dentro del programa de seguridad del paciente la estrategia del uso seguro de medicamentos y garantizar el despliegue institucional.	GERENCIA Y LAS TRES SUBGERENCIAS	Se realiza socialización de la política de seguridad del paciente a los líderes de procesos donde se incluye como meta institucional la estrategia de uso seguro de medicamento, se elabora además el protocolo de especificaciones técnicas para manejo de medicamento y dispositivos médicos e insumos según los lineamientos de la resolución 2003 del 2014 . Se cuenta en los diferentes servicios con la asignación de espacio para la conservación de medicamentos e dispositivos médicos garantizando las condiciones medio ambientales de los mismos.	100%	100%
12	Garantizar la implementación del programa de Tecnovigilancia a nivel institucional, divulgación, aplicación y evaluación.	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA. LÍDER DEL PROCESO DE MANTENIMIENTO	Se realizó capacitación a los líderes de los procesos, se inició la aplicación y se realiza la evaluación.	100%	100%



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	Se implementó la política institucional del uso racional de antibiótico.	100%	80%
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	Se entrega informe anual sobre Adherencias a las guías clínicas.	100%	100%

	# Planes de Mejoramiento	IV Trimestre	
		Calidad Esperada	Avance
Gerencia y Subgerencias	1	100%	100%
Subgerencia Administrativa	5	100%	98%
Subgerencia de Gestión de la Calidad	5	100%	96%
Subgerencia Científica	3	100%	60%
Total	14	100%	88,50%




TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ

Gerente