



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003
Versión: 001

PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

REPRESENTANTE LEGAL
PERÍODO
FECHA DE SEGUIMIENTO:

TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ
2018 - 2019
I TRIMESTRE

Nº	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE DE MEJORAMIENTO	TIEMPO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	% AVANCE	OBSERVACIONES
1	Lograr la cultura del reporte voluntario. (Estandar 5)	La organización debe tener implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantizar el despliegue en toda la organización.	1. Capacitar a todo el personal en el programa de seguridad del paciente con énfasis en el reporte de incidentes y eventos adversos. 2. Generar Informe mensual del cumplimiento del indicador de capacitación al personal de la institución.	Subgerencia Científica (Líder Seguridad del Paciente)	23 Meses		El día 07 de marzo se realizó la inducción y reinducción, en el cual se inició con la socialización de la política de seguridad del paciente (reporte de incidentes y eventos adversos) al personal nuevo de la institución.
2	Implementar en la institución la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. (Estandar 7)	La organización implementa la totalidad de recomendaciones que le sean aplicables de la Guía Técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en seguridad.	1. Revisar y adaptar en la institución la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. 2. Socializar la guía de buenas prácticas en los servicios misionales. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento y a la aplicación de lo definido en la guía.	Subgerencia Científica (Líder Seguridad del Paciente)	23 Meses		No se ha iniciado con la ejecución de esta acción.
3	Fomentar la identificación de riesgos, tendientes a la prevención de la ocurrencia del incidente y/o evento adverso. (Estandar 5)	La organización garantiza la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.	1. Incluir en el procedimiento de seguridad del paciente la metodología AMFE. 2. Implementar la metodología AMFE.	Subgerencia Científica (Líder Seguridad del Paciente - Líderes de procesos asistenciales)	23 Meses	1,7	El coordinador médico y la jefe de urgencias, hospitalización y partos, inició con el diligenciamiento de la matriz AMFE, realizó el diseño un instructivo para el análisis modal de falla y efecto. Se realizara un análisis AMFE de salud oral con todo el grupo es decir que se realizara un grupo de trabajo con los odontólogos y los auxiliares de salud oral y se tendran en cuenta los siguientes pasos: 1. ENUMERAR TODOS LOS POSIBLES FALLOS DEL SERVICIO. 2. ESTABLECER UN INDICE DE PRIORIDAD. Nivel de severidad, nivel de incidencia, nivel de detección. 3. Priorizar los modelos de fallo y buscar soluciones.
4	Elaborar, aplicar y tabular una herramienta que mida la percepción de seguridad del paciente de los colaboradores de la Institución. (Estandar 6)	La política de seguridad del paciente se despliega en la organización y se realiza la medición de la cultura de seguridad.	1. Elaborar un instrumento para la medición de la percepción de seguridad del paciente en los colaboradores. 2. Revisar y aprobar el instrumento. 3. Tabular y analizar los datos. 4. Generar informe de la percepción de seguridad del paciente en la Institución. 5. Elaborar el plan de acción y seguimiento conforme a los resultados de la encuesta.	Subgerencia Científica (Líder Seguridad del Paciente)	23 Meses	4,8	Se adapto una encuesta de Clima de Seguridad, la cual fue presentada en el comité de seguridad del paciente en el mes de marzo la cual fue aprobada por los integrantes y se iniciara aplicar desde el segundo trimestre.

MA

5	Operativizar el análisis de todos los eventos adversos e incidentes a través de la metodología del protocolo de londres. (Estandar 6)	La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.	1. Ajustar el procedimiento Seguimiento al evento adverso SP-010-008-001, con la guía para el diligenciamiento del formato del evento adverso y la metodología del protocolo de londres. 2. Documentar la guía de reacción inmediata frente a la ocurrencia de un evento adverso. 3. Aplicar la metodología del protocolo de londres en todos los casos reportados. 4. Socializar en los comités de seguridad del paciente el total de eventos reportados, analizados, gestionados y acciones cumplidas.	Subgerencia Científica (Líder Seguridad del Paciente)	23 Meses	2.5	Se evidencia en el procedimiento de seguridad del paciente documentada la metodología del protocolo de londres, y existe una guía aparte de diligenciamiento de reporte de evento adverso.
6	Estandarizar la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia. (Estandar 17)	La organización garantiza que se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia.	1. Incluir en el procedimiento de atención de paciente SHYP-010-008-001 la información de ingreso al servicio de hospitalización solicitado. 2. Socializar el procedimiento de atención de paciente SHYP-010-008-001. 3. Verificar el cumplimiento del procedimiento en el servicio. 4. Fortalecer la participación activa del usuario y evaluar el entendimiento de la información suministrada.	Subgerencia Científica (Líder de enfermería)	23 Meses		No se ha iniciado con la ejecución de esta acción.
7	Estandarizar los tiempos de egreso del paciente incluyendo la facturación de los servicios. (Estandar 57)	La organización debe estandarizar los tiempos de egreso del paciente.	1. Definir los estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, en el procedimiento de atención de paciente SHYP-010-008-001. 2. Socializar el procedimiento de atención de paciente SHYP-010-008-001. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento y a la aplicación.	Subgerencia Científica (Líder de enfermería - Líder de Facturación)	23 Meses		No se ha iniciado con la ejecución de esta acción.
8	Actualizar las guías de práctica clínica, sobre las 10 primeras causas de consulta, de apoyo diagnóstico y socializarlas al personal de interés. (Estandar 23)	Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado del Ministerio. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud.	1. Actualizar guías medicas sobre las 10 primeras causas de consulta, enfermería, odontológicas, laboratorio clínico, e imágenes diagnósticas, en un 100%. 2. Socializar las guías actualizadas, sobre las 10 primeras causas de consulta. (Entregar copia de listados de asistencia)	Subgerencia Científica (líderes Asistenciales)	23 Meses	2.9	Se realizó revisión de las guías de práctica clínica del Ministerio, se adoptaron y adaptaron por medio de resolución N° GGH-001-002-1295. Teniendo en cuenta el informe de gestión del proceso de salud oral que se realizó en el año 2017, se sacan las 10 primeras causas de consulta odontológica, donde se inicia con la actualización de las guías.

9	Realizar evaluación de pertinencia del tratamiento de pacientes agudos y crónicos. (Estandar 46)	La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados.	1. Definir criterios de consultador crónico, con el fin de evaluar y controlar. (Estandar 48) 2. Auditar las historias clínicas y la adherencia a guías de manejo al paciente agudo y crónico. 3. Socializar al personal asistencial acerca de la evaluación. 4. Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos del personal.	Subgerencia Científica (Auditoría Médica)	23 Meses	2,5	Se evidencia informe de primer trimestre de auditoría de calidad de historias clínicas, donde se incluye la adherencia a las guías.
10	Realizar referenciación con las mejores practicas clinicas a nivel Regional. (Estandar 46)	La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, a nivel regional.	1. Elaborar plan y cronograma de referenciación. 2. Realizar las visitas de referenciación. 3. Elaborar informes de las visitas realizadas y el plan de adaptación de las mejores practicas en la institución.	Subgerencia Científica (Líderes de Procesos)	23 Meses	1,9	En el tema de partos tienen visita pendiente de referenciación en el hospital Primitivo Iglesias de Cali. Salud Oral realizara referenciación con la IPS SURAMERICANA y la RED LADERA DE CALI, con el fin de referenciar el proceso y mejorar las falencias.
11	Establecer una estrategia en gestión de riesgo en el programa cardiovascular. (Estandar 22)	La organización tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.	1. Caracterizar el riesgo cardiovascular en la población del municipio. 2. Realizar seguimiento a la población identificada con riesgo cardiovascular. 3. Medir el impacto del programa.	Subgerencia Científica (Líder Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad)	23 Meses	6,4	Se seleccionaron 140 usuarios con enfermedad MIXTA (HTA-DM) Con IMC > 30, y con ellos se estableció un plan de trabajo con 4 intervenciones así: 1. Promoción de adherencia al tratamiento, 2. Visita domiciliaria de valoración de otros riesgos, 3. Promoción de red familiar de apoyo, Y 4. Promoción de EVS (RETO 21 DIAS). Se asignaron 132 de los 144 usuarios a los equipos por PUESTO DE SALUD urbanos y rural. Se iniciaron las visitas de contacto y caracterización (60%).
12	Fortalecer y articular el modelo actual de prestación de servicios con los lineamientos del PAIS ; MIAS Y RIAS. (Estandar 80)	La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación.	1. Actualizar el modelo de prestación de servicios con los lineamientos del PAIS ; MIAS Y RIAS. 2. Socializar el modelo de prestación de servicios actualizado.	Subgerencia Científica (líderes Asistenciales)	23 Meses	2,9	Se realizó la revisión de RIAS en salud oral con el fin de conocer los cambios respecto a la resolución 412 y es importante mencionar que los cambios son desfavorables para la comunidad ya que se disminuyen el número de atenciones porque la periodicidad aumenta lo que se va a reflejar en el deterioro de la salud oral de las personas. El programa de Gestión del riesgo por medio de circular 012 de 2018 con ASUNTO: PROGRAMACIÓN DE REUNIONES DE REVISION RIAS PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD – METODOLOGIA DE ESTUDIO, donde se asigna al personal para la revisión de las RIAS.
13	Realizar evaluación del cumplimiento del código de ética y código de buen gobierno. *revisar si se encuentra documentado conflictos de intereses. (Estandar 3)	El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses. Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes.	1. Documentar en el código de ética y buen gobierno con los conflictos de intereses. 2. Socializar el código de ética y buen gobierno los conflictos de intereses. 3. Generar informe de evaluación al cumplimiento del código de ética y de buen gobierno (Código de Integridad).	Subgerente Gestión de la Calidad - Control Interno	23 Meses	4,1	Se evidencia acta de reunión de código de ética y buen gobierno N° SGCH-010-014-002 y un documento en actualización.

14	Realizar socialización de resultado de la encuesta de clima laboral, generar planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos. (Estandar 114)	A partir de los resultados evaluados en la encuesta de clima laboral se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.	1. Socializar el informe de la encuesta de clima laboral a los líderes de la institución. 2. Generar plan de mejoramiento. 3. Realizar informe de seguimiento al plan de mejoramiento.	Subgerencia Administrativa (Lider Talento Humano)	23 Meses	2,7	Se evidencia socialización de los resultados encontrados en la encuesta de clima laboral el día 26 de febrero de 2018, a partir de la socialización se solicita plan de mejoramiento a los procesos, subprocesos y/o áreas que disminuyeron en la calificación.
15	Realizar Seguimiento al cumplimiento de la adecuada segregación de residuos hospitalarios. Tener evidencia escrita y fotográfica del sitio donde realizan la disposición final de los desechos. Elaboración de plan de capacitación al personal de la institución en la adecuada disposición final de los residuos, en donde se evalúe el conocimiento y se realice seguimiento. (Estandar 122)	La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.	1. Realizar auditoría al proveedor de servicio de recolección y disposición final de desechos de la institución. 2. Elaborar el cronograma de capacitación para el adecuado manejo de residuos hospitalarios. 3. Socializar con los usuarios y su familia el manejo adecuado y seguro de desechos. 4. Generar informe trimestral del seguimiento a la segregación de residuos hospitalarios.	Subgerencia Administrativa (Lider Salud Ocupacional)	23 Meses	5,4	Se evidencia socialización a los usuarios y familiares el manejo adecuado de residuos hospitalarios, en el plan de capacitación institucional de la vigencia 2018 se observa que de junio a diciembre se llevara a cabo las capacitaciones al personal de la institución en el tema de segregación, almacenamiento y exposición final de residuos hospitalarios.
TOTAL						37,8	I TRIMESTRE

Firma Representante Legal:

TULIO ARGEIS FUENTES FERNANDEZ

PAMEC I TRIMESTRE

