



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GGPE-027-003  
Versión 001  
PLAN DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD  
RAMEC

REPRESENTANTE LEGAL  
PERÍODO  
FECHA DE SEGUIMIENTO:

CLAUDIA JIVENA SANCHEZ ALCALDE  
2018  
II 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	Diseñar nuevas estrategias de Socialización de derechos y deberes a los Usuarios y Colaboradores. Someter a revisión los derechos y deberes de los Usuarios de acuerdo a la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria) para realizar los debidos ajustes (Incorporación de nuevos derechos y deberes).	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. (Estándar 1)	1. Actualizar los derechos y deberes de acuerdo a la normalidad vigente. 2. 100% de Usuarios y Colaboradores con pleno conocimiento de los derechos y deberes.	Lider Atención al usuario	8 MESES	5,4%	Se mandaron hacer 1000 folletos de derechos y deberes de los usuarios, los cuales son entregados en la socialización en las salas de espera por parte de las gestoras de atención al usuario, se evidencia folleto, listados de socialización y fotos.
2	Actualizar y Socializar el Código de Ética y Buen Gobierno a Colaboradores, Usuarios y partes interesadas. Someter a revisión el funcionamiento del Comité de Ética Hospitalaria.	La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario. (ESTANDAR 3).	1. Actualizar Código de Ética y Buen Gobierno. 2. Socializar a todos los colaboradores, usuarios y partes interesadas. 3. Poner en pleno funcionamiento Comité de Ética Hospitalaria.	Subgerente Gestión de la Calidad - Subgerente Científico	8 MESES	6,1%	Se realizó el código de integridad GGPE-027-020-001, con resolución GGH-001-002-0541 y se evidencia socialización en el cómile Técnico ampliado. Se realizó Resolución GGH-001-002-0248 de marzo 16 de 2018 "Por medio de la cual se convoca a elección de un representante del personal de enfermería como delegado ante el comité de ética hospitalaria". También la Resolución GGH-001-002-0247 de marzo 16 de 2018 "Por medio de la cual se convoca a elección de un representante del personal médico como delegado ante el comité de ética hospitalaria".
3	Formular el Plan de Seguridad del paciente para la vigencia 2018 (según lineamientos de la Política) con cronograma respectivo y asignación de recursos. Sensibilizar sobre la cultura del reporte del incidente/EA a todos los Colaboradores.	La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización. (ESTANDAR 5).	1. Realizar plan de Seguridad del Paciente. 2. Ejecutar el plan de seguridad del paciente al 100%. 3. Todos los Colaboradores sensibilizados e involucrados en el Reporte de incidentes/EA presentados. 4. Sensibilizar en Autocuidado los usuarios y acompañantes en las salas de espera.	Lider Seguridad del Paciente	8 MESES	3,2%	Se evidencia que se están socializando a los colaboradores de las áreas involucradas los eventos reportados para minimizar la reincidencia. Se inició con la socialización de derechos y deberes de los usuarios en las salas de espera.
4	Fomentar la identificación de riesgos, tendientes a la prevención de la ocurrencia del incidente y/o evento adverso.		1. Incluir en el procedimiento de seguridad del paciente la metodología AMFE. 2. Implementar la metodología AMFE a los procesos asistenciales (laboratorio, odontología, P Y P, urgencias, hospitalización y partos).	Subgerencia Científica (Lider Seguridad del Paciente - Líderes de procesos asistenciales)	8 MESES	5,4%	Se incluyo en el procedimiento de seguridad del paciente la metodología AMFE, esta en proceso de aprobación y se evidencia que se esta implementando la metodología AMFE para la realización de las matrices de riesgos y oportunidades (proceso/Subproceso: Planeación estratégica Recurso normativo Auditoría y mejora continua Control Interno Gestión administrativa Gestión financiera Gestión de la información y comunicación Auditoría médica y odontológica Consulta general y especializada Consulta odontológica Promoción y prevención Hospitalización y partos Urgencias Laboratorio).
5	Aplicar la Encuesta de Clima de SP, tabular y hacer análisis para definir mejoras a implementar. Se debe retomar el análisis o gestión de los incidentes/EA reportados con retroalimentación a toda la parte operativa con planes de mejora que se deriven de dicho análisis. Gestionar el riesgo de una manera eficiente y eficaz.	La política de seguridad de los pacientes se despliega en la generación y en la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de seguridad (que define las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. (Estándar 6)	1. 100% de incidentes o eventos adversos reportados y analizados con elaboración e implementación de planes de mejora respectivos. 2. Tabular y analizar las encuestas de clima de seguridad. 3. Socializar el Clima de Seguridad del Paciente en cómile ampliado. 4. Toma de acciones frente a resultados de la aplicación de encuesta de clima de seguridad del paciente.	Lider Seguridad del Paciente	8 MESES	5,9%	Se evidencia que de 48 eventos reportados a junio 2018 todos se encuentran analizados, 8 son eventos adversos (4 fugas) y 40 incidentes, con 3 planes de mejoramiento en seguimiento. Se entregaron las encuestas de clima de seguridad al servicio de odontología.

✓

6	Documentar los faltantes o incumplimientos derivados de la aplicación de la lista de chequeo de Buenas prácticas en Seguridad del paciente del MSPS, con posterior socialización e implementación.	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. (Estandar 7)	1. Documentar los faltantes o incumplimientos derivados de la aplicación de la lista de chequeo de Buenas prácticas en Seguridad del paciente del MSPS. 2. Cumplir con la totalidad de la Guía técnica de Buenas prácticas de Seguridad del Paciente en los procesos asistenciales, involucrando al paciente y su familia.	Lider Seguridad del Paciente	8 MESES	2,2%	Se adopto por medio de resolución GGH-001-002-1295 la guía de Buenas prácticas de seguridad del paciente.
7	Se debe elaborar el Reglamento Interno para los Usuarios dentro de la Organización, que cuente con: Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación, medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, límites de llamado y conducta ante una posible evacuación, la secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento, derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos, ubicación en la habitación y en el entorno, causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando, medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención; información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.	Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y de su familia. (Estandar 17)	1. Elaborar un reglamento interno para los usuarios. 2. Socializar el reglamento interno. 3. Socializar a los usuarios los riesgos a los que están expuestos y a quien dirigirse para cualquier duda o problema que puedan presentar en el acceso o durante su permanencia dentro de la institución.	Lider Atención al usuario	8 MESES	8,1%	Se elaboro un reglamento interno para los usuarios el cual esta en revisión y se esta socializando a los usuarios los riesgos a los que están expuestos y a quien pueden dirigirse para resolver cualquier duda o inquietud que se les pueda presentar durante su permanencia en la institución.
8	Estandarizar los tiempos de egreso del paciente incluyendo la facturación de los servicios.	La organización debe estandarizar los tiempos de egreso del paciente. (Estandar 57)	1. Definir en el procedimiento de atención de pacientes SHYP-010-008-001 los estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. 2. Socializar el procedimiento actualizado al personal de facturación, urgencias, hospitalización y partos. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento y a la aplicación.	Lider de enfermería - Lider facturación	8 MESES	4,1%	Se evidencia que se actualizó el procedimiento de Atención de Pacientes con los tiempos de egreso del paciente, esta en proceso de revisión.
9	Realizar evaluación de pertinencia del tratamiento de pacientes agudos y crónicos.	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. (Estandar 46)	1. Evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en los programas de enfermedades crónicas. 2. Evaluar las causas de no adherencia y evaluar los resultados.	Lider Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad - Lider UGER	8 MESES	5,4%	Se evidencia la formulación de la estrategia de gestión del riesgo cardiovascular.
10	Establecer una estrategia en gestión de riesgo en el programa cardiovascular.	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. (Estandar 22)	1. Caracterizar el riesgo cardiovascular en los usuarios captados en el programa de Hipertensos y Diabéticos. 2. Realizar seguimiento a la población identificada con riesgo cardiovascular. 3. Medir el impacto del programa.	Lider Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad - Lider UGER	8 MESES	8,1%	Se evidencia el informe de evaluación de adherencia programa crónicos Enero a Junio de 2018 (Test de Moirinsky).
11	Fortalecer y articular el modelo actual de prestación de servicios con los lineamientos del PAIS; MIAS Y RIAS.	La organización tiene diseñado, 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. (Estandar 80)	1. Actualizar el modelo de prestación de servicios con los lineamientos del PAIS, MIAS Y RIAS. 2. Socializar el modelo de prestación de servicios a todos los colaboradores.	Subgerencia Científica (Lideres Asistenciales)	8 MESES	5,4%	Se evidencia que se realizaron socializaciones de las RIAS de Cáncer, Infantil, Joven y Salud Oral el día 29 de mayo de 2018.
12	Realizar socialización de resultado de la encuesta de clima laboral, generar planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados obtenidos.	La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. (Estandar 114)	1. Socializar el informe de la encuesta de clima laboral a los líderes de la institución. 2. Generar plan de mejoramiento. 3. Generar tres informes trimestrales del seguimiento al plan de mejoramiento.	Lider Talento Humano	8 MESES	6,1%	Se evidencia plan de mejoramiento de Talento Humano
13	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.	La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. (Estandar 122)	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 manejo adecuado de residuos hospitalarios. 3. Socializar con los usuarios y su familia en las salas de espera el manejo adecuado y seguro de desechos. 4. Generar informe trimestral de seguimiento a la segregación de residuos hospitalarios.	Lider Salud Ocupacional	8 MESES	10,8%	Se evidencia que se realizó visita de auditoría al proveedor de Residuos Hospitalarios RH el día 27 de junio de 2018. Se evidencia socialización a los colaboradores y a los usuarios sobre el adecuado manejo de residuos hospitalarios en los meses de abril, mayo y junio de 2018.
TOTAL						78,2%	TOTAL II TRIMESTRE

Firma Representante Legal:

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE