



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

REPRESENTANTE LEGAL

PERIODO

FECHA DE SEGUIMIENTO:

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
2018
III TRIMESTRE

GGPE-027-003

Versión: 001


PLAN DE AUDITORÍA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC

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 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 derechos. 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 normatividad vigente. 2. 100% de Usuarios y colaboradores con pleno conocimiento de los derechos y deberes.	Lider Atención al usuario	8 MESES	5,4%	Se evidencian fotos de socialización de los derechos y deberes en las salas de espera por parte de una gestora de atención al usuario con entrega de los folletos y listado de asistencia de socialización a los usuarios del día 17 de septiembre 2018.
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. (ESTÁNDAR 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	0,0%	Se evidencia que no se ha logrado realizar convocatoria para escoger el equipo que conformara el comité de ética hospitalaria.

	<p>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.</p>	<p>La organización tiene formulada e implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización. (ESTANDAR 5).</p>	<p>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.</p>	<p>Lider Seguridad del Paciente</p>	<p>8 MESES</p>	<p>10,8%</p>	<p>Se evidencia plan de trabajo de seguridad del paciente con una ejecución del 76%, pendiente de ejecutar en los próximos tres meses el 24%. Se logra evidenciar que en los comités del programa de seguridad del paciente se analizan los eventos reportados, se plantean acciones de mejora con sus respectivos responsables, en el cual se solicita socializar a todo el personal con el fin de minimizar los eventos presentados.</p>
3	<p>Fomentar la identificación de riesgos, fuentes de la prevención de la ocurrencia del incidente y/o evento adverso.</p>	<p>La organización garantiza la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. (ESTANDAR 5).</p>	<p>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).</p>	<p>Subgerencia Científica (Lider Seguridad del Paciente - Líderes de procesos asistenciales)</p>	<p>8 MESES</p>	<p>5,4%</p>	<p>Se diligenciaron y quedaron activas en el aplicativo Daruma todas las matrices de riesgos de los procesos y/o subprocesos teniendo en cuenta la metodología AMFE.</p>
4	<p>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.</p>	<p>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. (Estandar 4)</p>	<p>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 comité ampliado. 4. Toma de acciones frente a resultados de la aplicación de encuesta de clima de seguridad del paciente.</p>	<p>Lider Seguridad del Paciente</p>	<p>8 MESES</p>	<p>6,5%</p>	<p>Se evidencia que para el tercer trimestre se reportaron 29 eventos en los meses de agosto y septiembre y se analizaron 11, de los cuales 13 fueron clasificados como eventos adversos, 2 complicaciones, 11 como incidentes y 3 eventos centinelas. En el mes de julio no se reporto ningún evento adverso. Se aplicó la encuesta de clima de seguridad a todo el personal de odontología (25) el cual se realizara la tabulación para posterior análisis e implementación de acciones en el siguiente trimestre.</p>
5	<p>Documentar los fallantes o incumplimientos derivados de la aplicación de la Lista de chequeo de Buenas practicas en Seguridad del paciente del MSPS, con posterior socialización e implementación.</p>	<p>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)</p>	<p>1. Documentar los fallantes o incumplimientos derivados de la aplicación de la Lista de chequeo de Buenas practicas en Seguridad del paciente del MSPS. 2. Cumplir con la totalidad de la Guía Técnica de Buenas practicas de Seguridad del Paciente en los procesos asistenciales, involucrando al paciente y su familia.</p>	<p>Lider Seguridad del Paciente</p>	<p>8 MESES</p>	<p>5,4%</p>	<p>Se adopto la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente, la cual se diligenció y las acciones se implementaron en el cuarto trimestre.</p>
6							

<p>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, timbres 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.</p>	<p>Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y de su familia. (Estandar 17)</p>	<p>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.</p>	<p>Lider Atención al usuario</p>	<p>8 MESES</p>	<p>8,1%</p> <p>Se elaboro un reglamento interno institucional al cual se le realizaron ajustes y esta pendiente socialización a los usuarios y personal asistencial.</p>
<p>8 Estandarizar los tiempos de egreso del paciente incluyendo la facturación de los servicios.</p>	<p>La organización debe estandarizar los tiempos de egreso del paciente. (Estandar 57)</p>	<p>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.</p>	<p>Lider de enfermería - Lider facturación</p>	<p>8 MESES</p>	<p>8,1%</p> <p>Se evidencia que se actualizó el procedimiento de Atención de Pacientes incluyendo los tiempos de egreso del paciente, esta pendiente socialización con el personal de facturación, urgencias, hospitalización y partos.</p>
<p>9 Realizar evaluación de pertinencia del tratamiento de pacientes agudos y crónicos.</p>	<p>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)</p>	<p>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.</p>	<p>Lider Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad - Lider UGER</p>	<p>8 MESES</p>	<p>5,4%</p> <p>El programa de crónicos realiza el test de Morinsky en el cual realiza seguimiento evaluando la adherencia a los programas en el servicio UGER y diligenciando los indicadores de acuerdo a los programas ofertados, donde se realizan acciones de acuerdo a los resultados obtenidos.</p>

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 responsabilidad. (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.	Líder Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad - Líder UGER	8 MESES	8,1%	Se evidencia el diligenciamiento de indicadores de hipertensos y diabéticos, el cual se analiza y se realizan acciones de mejora.
11	Fortalecer y articular el modelo actual de prestación de servicios con los lineamientos del PAIS : MIAS Y RIAS.	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. (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 (líderes Asistenciales)	8 MESES	5,4%	Se evidencia que frente a la tarea de prepararnos para asumir las RIAS, en el primer semestre se hizo todo el proceso de capacitación El ministerio solo ha emitido las rutas de Materna y Promoción y mantenimiento de la salud. En este tercer trimestre se incluyó un pedido de insumos y equipos en el PLAN DE ADQUISICIONES 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.	Líder Talento Humano	8 MESES	8,1%	Se evidencia la aplicación de la encuesta de clima laboral al área de talento humano para realizar las acciones necesarias en el siguiente trimestre. Se realizó informe del tercer trimestre de seguimiento a los planes de mejoramiento de acuerdo a la encuesta de clima laboral.
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.	Líder Salud Ocupacional	8 MESES	10,8%	Se evidencia el tratamiento que se le esta realizando a los residuos en los meses de julio, agosto y septiembre. Se realizó entrega de folletos a los usuarios sobre manejo de residuos y charla en caso de emergencia el día 13 y 24 de julio, 02 y 17 de agosto 2018. El día 24 de agosto se socializo capacitación de bioseguridad y residuos hospitalarios; el 05 y 18 de septiembre 2018.
TOTAL						87,5%	TOTAL III TRIMESTRE

Firma Representante Legal:  CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE