

ESE SANTIAGO DE TUNJA (BOYACA)



**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
DE LA ATENCION EN SALUD 2019
“PAMEC”**

**DRA JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
GERENTE**

CONTENIDO

1. IDENTIFICACION DE LA IPS
2. PLATAFORMA ESTRATEGICA ESE SANTIAGO DE TUNJA
 - a. MISION
 - b. VISION
 - c. VALORES CORPORATIVOS
 - d. PRINCIPIOS
 - e. OBJETIVOS ESTRATEGICOS
3. MAPA DE PROCESOS
4. FORMULACION PAMEC 2019
 - a. INSTRUCTIVO
 - b. ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
 - c. DURACION
 - d. AUTOEVALUACION
 - i. CONFORMACION DE EQUIPOS
 - ii. AUTOEVALUACION POR ESTANDARES
 - iii. AUTOEVALUACION 2018
 1. RESULTADOS
 2. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL
 - e. PROCESOS A MEJORAR
 - i. PRIORIZACION DE PROCESOS
 - f. INDICADORES DE CALIDAD ESPERADA VS CALIDAD OBSERVADA
 - g. PLANES DE MEJORAMIENTO
5. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2019

1. IDENTIFICACION DE LA IPS

NOMBRE DEL PRESTADOR: ESE SANTIAGO DE TUNJA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: DRA JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO

COGIGO DE HABILITACION: 1500100785

CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL: sistemas@esesantiagodetunja.gov.co

VIGENCIA: 2019

2. PLATAFORMA ESTRATEGICA ESE SANTIAGO DE TUNJA

a. MISION

Es una Institución pública que presta servicios ambulatorios de salud de baja complejidad a usuarios, la familia y la comunidad con una atención integral y personalizada de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, acciones en Salud Pública y escenarios académicos; a través de 9 Unidades Básicas de Atención (UBA), estratégicamente ubicadas en las áreas urbana y rural de la ciudad de Tunja, con un equipo humano cualificado, idóneo y comprometido, basados en un modelo administrativo y financiero sostenible, con el fin de mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios.

b. VISION

En el año 2025 la ESE Santiago de Tunja será un hospital de referencia con red propia de Atención Integral del Riesgo de baja y mediana complejidad, acreditado y reconocido por el modelo participativo asistencial basado en Atención Primaria en Salud y un sistema administrativo y financiero sostenible; con talento humano comprometido con los valores institucionales, brindando servicios de calidad para una comunidad que vive su hospital.

c. VALORES CORPORATIVOS

- **RESPECTO:** El trato amable a nuestros usuarios y compañeros en el diario vivir.
- **TOLERANCIA:** Aceptar la diferencia, manejar la contrariedad.
- **CONFIDENCIALIDAD:** Garantizar la privacidad de la información de la organización y sus usuarios.
- **TRANSPARENCIA:** Honestidad en el manejo de recursos y frente al usuario la verdad de su condición.
- **COMPROMISO:** Frente al paciente sus deberes y derechos y de la institución el conocimiento y responsabilidad.
- **AUSTERIDAD:** En el uso de los recursos de la organización (eficiencia) y en el manejo de los pacientes.
- **SOLIDARIDAD:** Sensibilidad social hacia la salud, trabajo colaborativo que lleva al trabajo en equipo.
- **LEALTAD:** Hacia la organización, fidelidad.

d. PRINCIPIOS

- **TRABAJO EN EQUIPO:** Unión de esfuerzos y participación activa en las decisiones y acciones para el logro de metas
- **COMUNICACIÓN:** Difusión permanente de información dirigida para un buen entendimiento dentro y fuera de la ESE
- **MEJORAMIENTO CONTINUO:** Como una cultura dentro de los procesos que permita la mejora permanente

e. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

i. FORTALECIMIENTO EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS.

OBJETIVO:

Diseño e implementación de un modelo de atención integral, basados en Atención primaria en Salud (APS), red de servicios, que permitan mejorar la cobertura, accesibilidad, calidad y en general mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

METAS:

- MEJORAR AL 78% LA CAPTACION DE GESTANTES ANTES DE LA SEMANA 12
- MANTENER MÍNIMO LA ADHERENCIA A GUIA DE HTA AL 92%
- MANTENER MINIMO EL 92% DE ADHERENCIA A LA GUIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- MANTENER EN MENOS DE 3 DÍAS LA OPORTUNIDAD DE CONSULTA MÉDICA GENERAL
- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL IMPLEMENTADO BASADO EN APS

ii. GESTION DEL TALENTO HUMANO

OBJETIVO:

Fortalecer la capacitación del talento humano en temas de valores institucionales, comunicación y las necesidades que mejoren el desempeño laboral y en consecuencia el clima organizacional.

Dar inicio a la formalización laboral en personal misional de la ESE en cumplimiento de la normatividad vigente.

METAS:

- MANTENER EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN 85%
- MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR EN CERO
- 70% DEL PERSONAL EN COBERTURA DE CAPACITACION EN VALORES INSTITUCIONALES, COMUNICACIÓN Y ACTIVIDADES DE MEJORA EN EL DESEMPEÑO
- FORMALIZACION LABORAL DEL 5% DEL PERSONAL.

iii. INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES

OBJETIVO

Estructurar el Sistema de información institucional integrada y confiable para la toma de decisiones.

METAS:

- 70% ESTRUCTURADO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN A PARTIR DEL SOFTWARE ACTUALIZADO APLICABLE A LA ESE SANTIAGO DE TUNJA
- 80% DE LOS INDICADORES DE DIRECCIONAMIENTO Y GESTIÓN CENTRALIZADOS EN EL SISTEMA
- 100% DE LA RED DE ATENCIÓN INTEGRADA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

iv. DIVULGACION INSTITUCIONAL

OBJETIVO

Fortalecer un sistema de comunicaciones que sea reconocido por los usuarios y funcionarios con información institucional actualizada de consulta y de difusión de la ESE Santiago de Tunja.

METAS:

- TENER UNA COBERTURA DEL 70% DEL PERSONAL DE LA ESE INFORMADO ACERCA DE LA ESE SANTIAGO DE TUNJA
- ESTABLECER 3 MEDIOS CONSTANTES DE COMUNICACIÓN A USUARIOS PARA MANTENERLOS INFORMADOS ACERCA DE LA ESE SANTIAGO DE TUNJA

v. CALIDAD POR PROCESOS

OBJETIVO

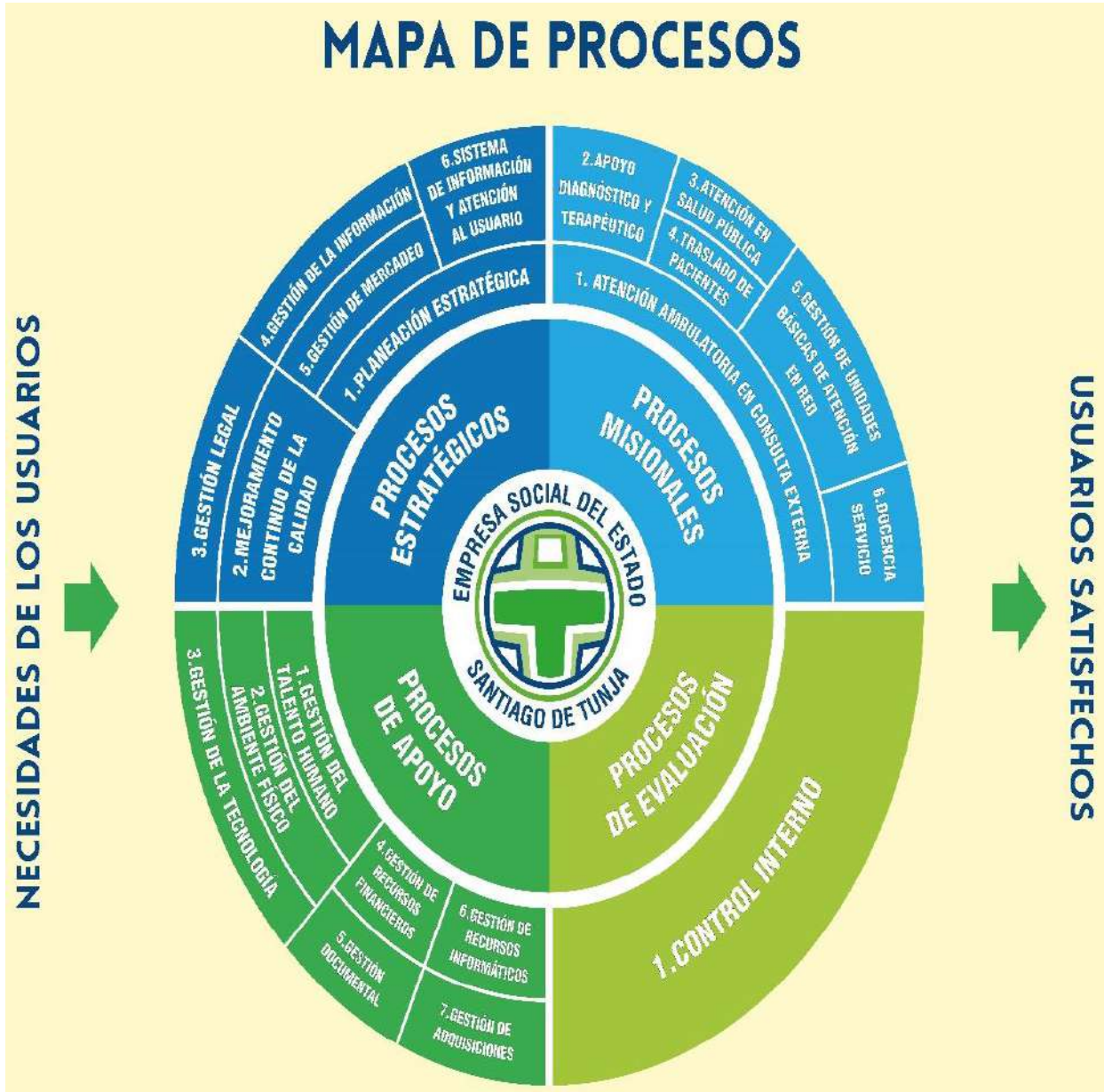
Actualizar el mapa de procesos, manual de procesos y procedimientos en la institución para su respectiva implementación basados en el modelo de acreditación.

METAS:

- INCREMENTAR ANUALMENTE EN 1,11 LA AUTOEVALUACION EN EL PROCESO DE PREPARACION HACIA LA ACREDITACION.
- MANTENER EN EL 90% LA EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.
- PARA EL 2020 TENER LA GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL EN EL 90%.
- MAPA DE PROCESOS IMPLEMENTADO

vi.

3. MAPA DE PROCESOS



4. FORMULACION DEL PAMEC 2019

a. INSTRUCTIVO METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

La metodología para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad se realizara en base a la Ruta Crítica, como se ilustra en el siguiente gráfico:



GRAFICO No. 2 Ruta crítica PAMEC 2019

AUTOEVALUACION

Descripción específica de como la Institución efectuó el proceso de Autoevaluación, el cual implica un diagnóstico y/o evaluación de la institución frente a estándares superiores de calidad de la atención, establecidos en el Sistema Único de Acreditación vigente, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.

METODOLOGÍA PARA LA AUTOEVALUACION

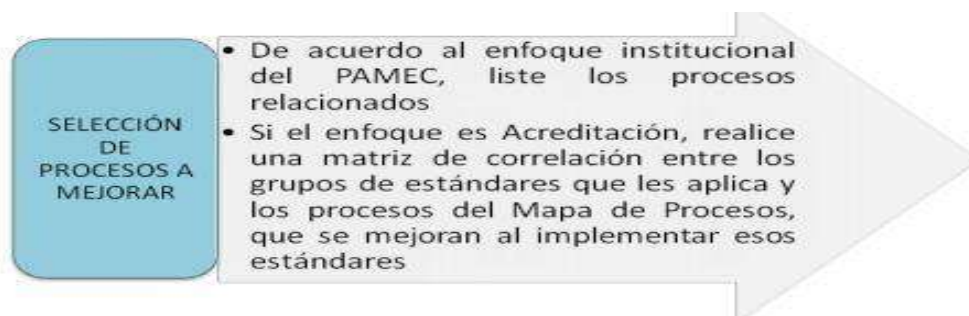
- La autoevaluación se realiza a partir del diagnóstico situacional, frente al cumplimiento de estándares de acreditación Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario vigente, así:
- Realizar proceso de formación al personal, relacionada con el Sistema Único de Acreditación en Salud según Resolución 5095 de 2018, explicando los criterios claves a tener en cuenta en cada una de los estándares a evaluar.

- Socializa y realizar entrenamiento en el uso de herramientas como la escala de calificación y Matriz de Priorización.
- Realizar Conformación de grupos de Autoevaluación de estándares de Acreditación y realizar adopción mediante acto administrativo.
- Realizar cronograma de actividades con responsables asignados.
- Proceder al interior de cada grupo, a realizar la calificación de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la escala de calificación del Sistema Único de Acreditación, para el desarrollo de esta etapa se debe tener en cuenta los siguientes pasos:
 - a. Leer el estándar y sus criterios antes de iniciar la calificación
 - b. Interpretar el estándar que se quiere calificar y aclarar de ser necesario por consenso del equipo la interpretación del estándar
 - c. Registrar las fortalezas que el equipo considero relacionadas con el estándar.
 - d. Determinar los soportes de las fortalezas registradas que pueden encontrarse en la organización.
 - e. Redactar las oportunidades de mejoramiento de la organización frente al estándar.
 - f. Realizar evaluación cuantitativa.

Ver Anexo 1. Escala de calificación.

Ver Anexo 2. MATRIZ DE AUTOEVALUACION DE ACREDITACION Y PLAN DE MEJORAMIENTO (GQ-F-036) (Herramienta de auditoría, unificada, en la cual se encuentra inmerso: autoevaluación, oportunidades de mejora, priorización y planes de mejora; hasta los seguimientos y consolidación para los informes de auditoría con sus respectivos gráficos de control).

SELECCIÓN DE PROCESOS



En esta etapa se describe el método escogido por la institución para seleccionar los procesos que requieren mejora que fueron identificados como resultado del

En referencia a que la autoevaluación de la institución se enfoca en los estándares del sistema único de acreditación, resolución 0123 de 2012, orientado hacia el cumplimiento de niveles superiores de calidad, dichos estándares se convierten en la calidad esperada.

Las oportunidades de mejora calificadas como prioritarias se les realizarán seguimiento mediante la evaluación de indicadores de calidad y propios de cada proceso.

Se debe definir indicadores de cumplimiento, que permiten evaluar y hacer seguimiento al desarrollo de las acciones que se programaron en los diferentes periodos de tiempo y por grupo de estándar. Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Describe como la Institución realiza la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios.

Es en este paso de la ruta crítica es donde se inicia la aplicación de los procedimientos de auditoría, dado que se tiene parámetros para evaluar y comparar.

La Coordinación de Calidad define las herramientas a utilizar en la medición de desempeño de los procesos. Se define como herramienta la Auditoria Interna, para lo cual se aplica el Procedimiento establecido (GQ-P-001).

FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Define cómo la institución elabora el plan de mejora o de acción de acuerdo a las oportunidades de mejora detectadas y proceso priorizados.

Para el desarrollo del plan de mejora, se realiza en base a matriz de evaluación cualitativa definida.

Como el enfoque del PAMEC es la Acreditación, se formulan los planes de mejora para cada grupo de estándares correlacionándolos con los procesos.

Para la **IMPLEMENTACION** de los planes de mejora nos aseguramos que cada plan de mejora tenga un responsable, un cronograma cumplible y que Convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA: A los planes de mejora se les debe realizar seguimiento periódico (bimensual) que involucre el nivel del autocontrol y de auditoría interna.

SEGUIMIENTO DEL MEJORAMIENTO: Para realizar el seguimiento se Programa plan de auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora y se orientan las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo.

El seguimiento a las acciones de mejora planteadas para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas se realizará en apoyados en:

- ❖ Auditoría interna al proceso, la institución tiene definido su procedimiento de auditoría interna, a través del cual se planean y ejecutan auditorias de proceso.
- ❖ Se realiza acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos en relación a la ejecución de las acciones de mejora programadas.
- ❖ Evaluación y seguimiento a cumplimiento de las acciones programadas en este documento.
- ❖ Comité de calidad, la Institución realiza seguimiento y evaluación bimensual al desempeño de los procesos.
- ❖ Grupos de autoevaluación, los grupos definidos se encuentran activos y son un referente que evalúan su desempeño y ejecución de acciones propuestas.
- ❖ Coordinación y control de resultados y planes de mejoramiento- Coordinación de Calidad, a través de la evaluación de procesos se determinan planes de mejora que permiten corregir desviaciones encontradas
- ❖ De los resultados del desempeño de los procesos los líderes y/o responsables de cada proceso deben definir y hacer seguimiento a oportunidades de mejora.
- ❖ Se formularan planes de mejoramiento para lo cual se utilizara el formato GQ- F-011 "Plan de Mejoramiento".

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Describe los diferentes mecanismos que la institución implementa para generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios.

Generar Aprendizaje organizacional, significa entrenar y capacitar las personas de la Institución a la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

Para la implementación del Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad se debe incluir dentro del ciclo de formación continuada que adelanta la institución la socialización y divulgación del PAMEC dando a conocer los componentes del documento y actividades planteadas a desarrollar.

En la ejecución de las actividades de mejora del programa, sus resultados serán retroalimentados al personal que participa en cada proceso de manera que se tomen decisiones y formulen oportunidades de mejora de forma oportuna.

b. ALCANCE

Este documento pretende dar alcance al seguimiento y monitorización de los procesos de mejoramiento establecidos y priorizados desde el direccionamiento estratégico y plan de gestión 2016-2020 aprobados en la Junta Directiva, en conjunción con mejoramiento continuo de la calidad a través de la autoevaluación realizada con el manual de acreditación 0123 de 2012. Lo anterior con el fin de tener mayor eficiencia administrativa en la consecución de los resultados, los cuales están de la mano de la satisfacción de las necesidades de los usuarios e impacto en la calidad de la atención en salud.

c. DURACION

El PAMEC tendrá un periodo de implementación por vigencias anuales durante el cuatrienio de gestión. Para el 2019 las evaluaciones de seguimientos serán trimestral a partir del mes de marzo e informes presentados en el comité de calidad.

a. AUTOEVALUACION

i. CONFORMACION DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACION PAMEC 2019

A través de acto administrativo RESOLUCIÓN No. 231 de noviembre 28 de 2012, se actualiza la conformación de los equipos de trabajo del comité de calidad y acreditación de la E.S.E. Santiago de Tunja para la autoevaluación y ejecución de los planes de mejora así:

| ESTANDAR | EQUIPO |
|-----------------------------|--|
| DEBERES Y DERECHOS | SIAU |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| AMBULATORIO | COORDINADOR MEDICO ENFERMERAS SERVICIOS |
| IPS EN RED | COORDINADOR MÉDICO REPRESENTANTES SEDES |
| DIRECCIONAMIENTO | GERENCIA, CALIDAD, CONTROL INTERNO |
| GERENCIA | GERENCIA, CALIDAD, CONTROL INTERNO |
| GESTION DEL TALENTO HUMANO | SUBGERENCIA ADMNISTRATIVA |
| GESTIION DE LA TECNOLOGIA | SUBGERENCIA AMINISTRATIVA, ARQUITECTA, OUTSOURCING MANTENIMIENTO |
| GESTION DEL AMBIENTE FISICO | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, INGENIERO BIOMEDICO |
| GESTION DE LA INFORMACION | GERENCIA, INGENIERA DE SISTEMAS |
| MEJORA CONTINUA | CALIDAD |

i. AUTOEVALUACION POR ESTANDARES

El contenido de las autoevaluaciones se adjunta en medio magnético.

A continuación, se relacionan los resultados de la autoevaluaciones a la fecha

| AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN REALIZADA | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | ene-19 | dic-17 | dic-16 | 2015 DIC | 2014 DIC | 2013 NOV | 2013 MAR | |
| GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO |
| IPS en red | 1.4 | 2.5 | 2.5 | 2.4 | 2.0 | 1.80 | 2.1 | 1.2 |
| Ambu-Hosp | 1.3 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.2 | 1.80 | 2 | 1 |
| Laboratorio | 2.6 | 3.1 | 3.1 | 2.8 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO |
| Direccionamiento | 1.6 | 3.2 | 3.2 | 2.8 | 2.3 | 2.00 | 1.3 | 1.1 |
| Gerencia | 1.4 | 2.5 | 2.5 | 2.1 | 1.9 | 1.70 | 1 | 1 |
| Ambiente Físico | 1.5 | 2.7 | 2.7 | 2.3 | 2.0 | 1.6 | 1.3 | 1 |
| Tecnología | 1.4 | 2.4 | 2.4 | 1.8 | 1.6 | 1.3 | 1.3 | 1 |
| Recurso Humano | 1.5 | 2.4 | 2.4 | 2.2 | 2.0 | 1.60 | 1.1 | 1.2 |
| Sistemas de Información | 1.3 | 3.1 | 3.1 | 2.8 | 2.6 | 2.30 | 1.6 | 1 |
| GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO | PROMEDIO |
| Seguridad del Paciente | 2.5 | 3.3 | 3.3 | 2.9 | 2.6 | 2.10 | 1.2 | 1.4 |
| Deberes y Derechos | 1.6 | 3.1 | 3.1 | 2.7 | 2.3 | 1.80 | 1.3 | 1.3 |
| Mejoramiento de la Calidad | 1.5 | 3.6 | 3.6 | 3.3 | 3.0 | 2.2 | 1.3 | 1 |
| TOTAL | 1.6 | 2.9 | 2.9 | 2.6 | 2.2 | 1.87 | 1.5 | 1.2 |

i. **AUTOEVALUACION 2018**
1. RESULTADOS

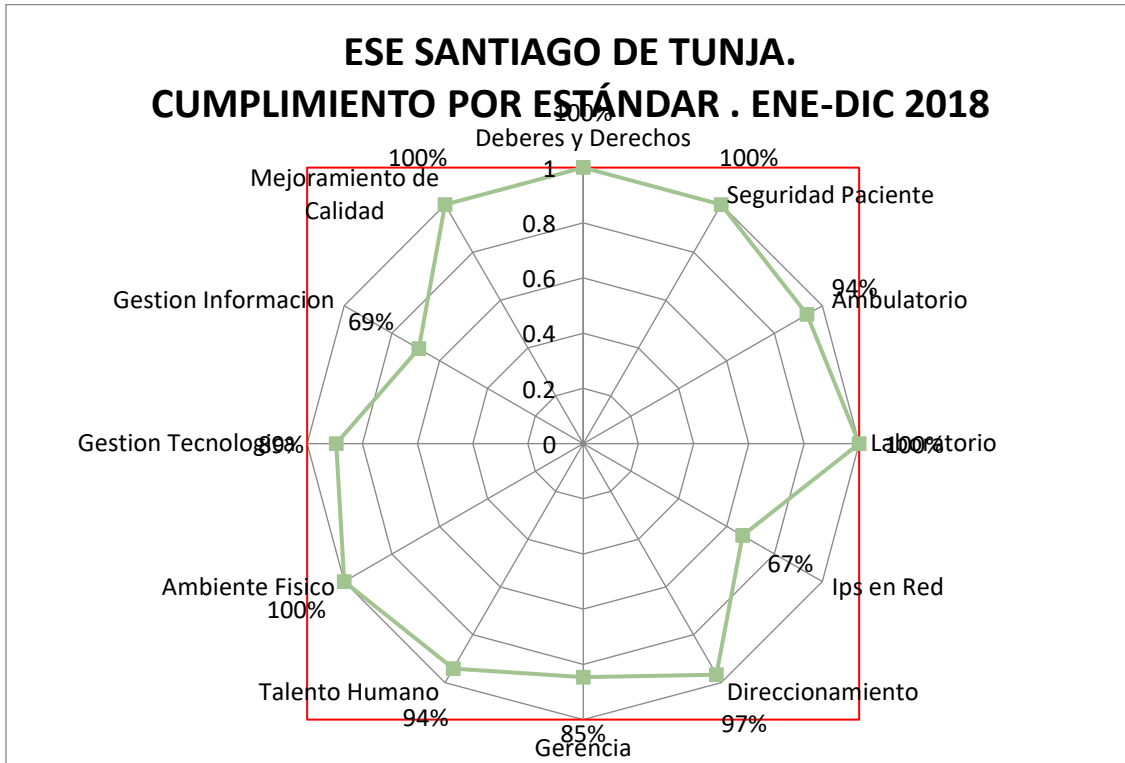
Se encuentra en el siguiente cuadro el cumplimiento por estándares y el promedio general del 92% Con un atraso del 8%, en desarrollo 0% y no iniciado el 0%

| ESTADO | GRUPO DE ESTÁNDARES- DUODECIMO SEGUIMIENTO | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--------------------|-------------|-------------|------------|------------------|----------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-------------------|
| | Deberes y Derechos | Seguridad Paciente | Ambulatorio | Laboratorio | Ips en Red | Direccionamiento | Gerencia | Talento Humano | Ambiente Físico | Gestión Tecnológica | Gestión Información | Mejoramiento de Calidad | PROM ACREDITACION |
| Completo | 100% | 100% | 94% | 100% | 67% | 97% | 85% | 94% | 100% | 89% | 69% | 100% | 92% |
| En desarrollo | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Atrasado | 0% | 0% | 6% | 0% | 33% | 3% | 15% | 6% | 0% | 11% | 31% | 0% | 8% |
| No iniciado | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

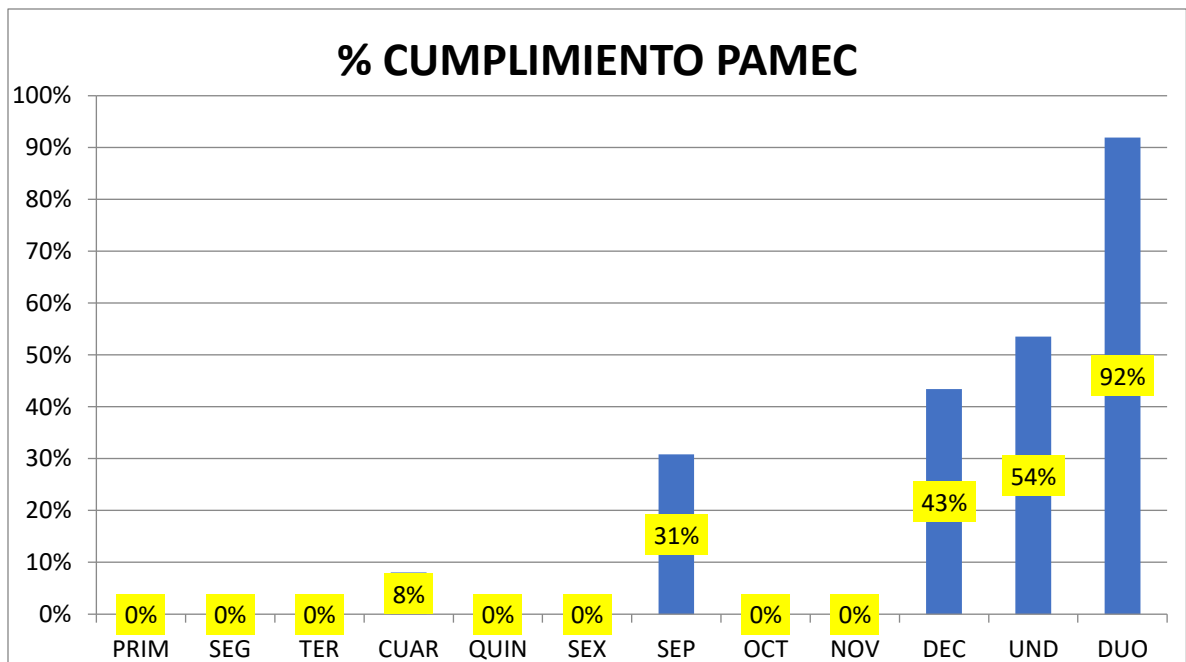
Por actividades se encuentra:

| ESTADO | NUMERO DE ACTIVIDADES POR ESTANDAR | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|------------------|----------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|-------------------------|-----|
| | Deberes y Derechos | Seguridad Paciente | Ambulatorio | Laboratorio | Ips en Red | Direccionamiento | Gerencia | Talento Humano | Ambiente Físico | Gestión Tecnológica | Gestión Información | Mejoramiento de Calidad | |
| Completo | 8 | 11 | 44 | 18 | 4 | 29 | 11 | 16 | 9 | 17 | 11 | 4 | 182 |
| En desarrollo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Atrasado | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 | 0 | 16 |
| No iniciado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 8 | 11 | 47 | 18 | 6 | 30 | 13 | 17 | 9 | 19 | 16 | 4 | 198 |

El gráfico radar muestra el despliegue de los estándares de manera comparativa



El gráfico de cumplimiento mensual a diciembre es:



2. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

A continuación, se presenta un análisis por los estándares con el fin de establecer los procesos de aprendizaje organizacional.

- Deberes y derechos: Se encuentra en la etapa media de medición en la adherencia de la declaración y en la etapa de implementación del código de ética.
- Seguridad del paciente: El programa se encuentra documentado y reconocido dentro de los integrantes del comité, con evaluaciones que aún no reflejan su consolidación. Las guías de práctica segura se encuentran en fase documental
- Ambulatorio: Los procesos de acceso se encuentran en etapas iniciales de planeación, mientras que el proceso de ingreso en la asignación de citas se encuentra en etapas avanzadas de medición e iniciando ajustes planificados.
En la planeación de la atención, las guías y protocolos están documentados y los niveles de evaluación se circunscriben solamente a indicadores del plan de gestión. Los ajustes responden reactivamente aún.

La referencia y contrarreferencia está documentada y aún su implementación presenta debilidades

- Laboratorio e imágenes
El proceso se encuentra estandarizado desde el ingreso hasta la remisión de los pacientes, es el más adelantado en cuanto al mejoramiento continuo, es importante apoyar los planes de mejoramiento
- IPS en red
Los procesos de información que integran la red se han visto afectados de manera importante.
- Direccionamiento
Se encuentran documentados e implementados aún con debilidad, la medición es sistemática
- Gerencia
Los procesos se encuentran en documentados y su implementación aun refleja debilidad

- Gestión del talento humano
Se encuentran documentados en las necesidades del trabajador, planeación de la atención y evaluación del desempeño. Su implementación se encuentra en etapas iniciales
- Gestión del ambiente físico
Los procesos se encuentran documentados, implementados y en etapas iniciales de medición
- Gestión de la tecnología
Al estar tercerizado, los procesos se ejecutan y faltan de su documentación y su evaluación
- Gestión de la información
Los procesos se encuentran documentados, pero la ausencia de un apoyo en los recursos informáticos de software afecta de manera importante no sólo este proceso sino todos los demás
- Mejora de la calidad
Proceso estandarizado

e. PROCESOS A MEJORAR

DEBERES Y DERECHOS

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|--|
| DERECHOS DEL PACIENTE | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 1. Código: (AsDP1) 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.</p> | <p>Implementar deberes y derechos en otros dialectos (Señas y braille) para el 100% de las sedes</p> |

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.
- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

SEGURIDAD PACIENTE

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA11:CK27A | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|---|
| SEGURIDAD PACIENTE | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 5. Código: (AsSP1) La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una estructura funcional para la seguridad del paciente. • La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. • Monitorización de eventos adversos. • Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior. | <p>Diseñar estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad</p> |

| | |
|---|--|
| | |
| <p>Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las 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 su seguridad</p> | <p>revisión, actualización, socialización, y evaluación de la guía de buenas prácticas para identificación de paciente</p> |

AMBULATORIO

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|---|
| AMBULATORIO-HOSPITALARIO | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| ACCESO | |
| <p>Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p> | |
| <p style="text-align: center;">Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción | <p>Evaluar el resultado de demanda insatisfecha</p> |
| <p>Estándar 10. Código: (AsAC3) Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.</p> | <p>Socializar el proceso de acceso dentro del marco de atención ambulatoria</p> |
| <p>Estándar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación</p> | <p>Socializar el proceso de programación de</p> |

| | |
|---|--|
| <p>teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p> | <p>agendas e implementarlo</p> |
| <p>Estándar 13. Código: (AsAC6) La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> | <p>Oportunidad de cita de primera vez en medicina general menor a 3 días</p> |
| <p>Criterios: En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta. • Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología). • Tiempos para la realización de interconsultas. • Listas de espera para las patologías que lo ameritan. • Demanda insatisfecha. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. | |
| <p>Estándar 15. Código: (AsAC8) Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.</p> | <p>Elaborar estudio de call center para mejorar el acceso</p> |
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios. • El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique. • Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención. • Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita. • La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia. • La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención. • La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización. | |
| <p>Estándar 20. Código: (AsEV2) La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los</p> | <p>Lograr la adherencia a la guía de CYD con un</p> |

| | |
|---|--|
| <p>cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.</p> | <p>resultado superior al 80%</p> |
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones. y Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud. • La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo. y La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales. • El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. y Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud. y Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías. y Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos. | |
| <p>Estándar 42. Código: (AsEJ3) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p> | |
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica. • La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos. • La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento. • Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas. • La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización. • La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva. • Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento. | <p>MANTENER MÍNIMO LA ADHERENCIA A GUIA DE HTA AL 90%</p> |
| <p>Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).</p> | <p>Evaluar el programa de maltrato infantil y violencia sexual en niños, niñas y adolescentes.</p> |
| | |

Criterios:

- La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales.
- La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación.
- La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica.
- Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

LABORATORIO

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|--|
| LABORATORIO | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| PLANEACION DE LA ATENCION | |
| Estándar 27. Código: (AsPL6) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos. | Evaluar el proceso de toma de muestras |
| Criterios: <ul style="list-style-type: none">• En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.• Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.• Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas.• Existen mecanismos de alarma para resultados críticos. | |

IPS EN RED

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|---|
| ESTANDARES IPS EN RED | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| SEDES INTEGRADAS EN RED | |
| <p>Estándar 58. Código: (AsSIR1) Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.</p> | <p>Establecer el modelo de atención de la red teniendo en cuenta criterios del estándar</p> |

DIRECCIONAMIENTO

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|---|
| ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico. | <p>Documentar el procedimiento de elaborar POA incluidos aspectos financieros</p> |
| <p>Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones | <p>Establecer e implementar el proceso de educación continuada a la Junta Directiva</p> |

exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.

- La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.
- Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

GERENCIA

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|--|
| ESTANDARES DE GERENCIA | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas. • La descripción del proceso de atención al cliente. | <p>Socializar e implementar el manual de procesos y procedimientos</p> |

TALENTO HUMANO

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|--|
| ESTANDARES DE TALENTO HUMANO | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:</p> | <p>Mantener el clima organizacional en 85%</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación. • Evaluación periódica de expectativas y necesidades. • Evaluación periódica del clima organizacional. • Evaluación periódica de competencias y desempeño. • Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. • Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales. • Análisis de puestos de trabajo. • Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro. • Políticas de compensación y definición de escala salarial. • Estímulos e incentivos. • Bienestar laboral. • Necesidades de comunicación organizacional. • Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional. • Relación docencia-servicio. • Efectividad de la respuesta. | |
| <p>Estándar 104. Código: (TH2) Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:</p> | |
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación. • Cambios en el direccionamiento estratégico. • Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional. • Cambios en la planta física. • Cambios en la complejidad de los servicios. • Disponibilidad de recursos. • Tecnología disponible. • Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios. • Relación docencia-servicio. • Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio. • La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención. • Evaluación de necesidades de contratación con terceros. | <p>Implementar el proceso de planeación de talento humano frente a la previsión de recursos incluida la nueva sede Hptal local de Tunja que incluya las vacantes</p> |
| <p>Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:</p> | <p>Ejecutar el 30% del plan de capacitación</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direccionamiento estratégico. • Inducción y reinducción. • Ambiente de trabajo y sus responsabilidades. • Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. • Código de ética y código de buen gobierno. • Modelo de atención. • Portafolio de servicios. • Estructura organizacional. • Expectativas del desempeño. • Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. • Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica. • Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos. • Comisiones clínicas. • La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia. • El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente. • Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación. • El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados. • Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio. | |
| <p>Estándar 113. Código: (TH11) La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye:</p> | <p>Implementar y evaluar el sistema de seguridad y salud en el trabajo</p> |
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trato humano cálido, cortés y respetuoso. • Consideración del entorno personal y familiar. • Análisis del panorama de riesgos. • Remuneraciones, incentivos y bienestar. • Medición de fatiga y estrés laboral. • Carga laboral, turnos y rotaciones. • Ambiente de trabajo. • Abordaje de la enfermedad profesional. • Preparación para la jubilación y el retiro laboral. • Mejoramiento de la salud ocupacional. | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

AMBIENTE FISICO

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|---|
| ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 122. Código: (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. • Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique. • La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos. • 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. • Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras. | <p>Implementar el proceso de PGRASA en la nueva sede Hptal Local de Tunja</p> |
| <p>Estándar 123. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para | <p>Elaborar plan de emergencias en la nueva sede Hptal Local de Tunja</p> |

- preparación en casos de emergencias y desastres.
- El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.
 - Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.
 - La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.
 - La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.
 - Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.
 - Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.
 - La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.
 - Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:
 - y Disposición de áreas para la recepción de los afectados.
 - y Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.
 - y Aplicación de un sistema de triage.
 - Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.
 - Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.
 - Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.
 - Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.
 - El proceso está acorde con los códigos aprobados.
 - Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.
 - Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.
 - Evacuación de los usuarios en riesgo.
 - Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.
 - Sistemas de evacuación.
 - Señalización de sistemas de evacuación.

Estándar 128. Código: (GAF10)
En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.

Criterio:
 • Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.

Implementar el plan de contingencia de intervenciones en infraestructura de la nueva sede Hptal local de Tunja

GESTION TECNOLOGICA

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|--|
| ESTANDARES DE GESTION TECNOLOGICA | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 132. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución. • La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa. • La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso. • La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance. • La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas. • La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos. • La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas. • La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc. • La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños. • La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas. | <p>Implementar el proceso de gestión de la tecnología en la nueva sede</p> |

GESTION INFORMACION

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|--|--|
| ESTANDARES DE GESTION INFORMACION | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 141. Código: (GI2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p> | <p>Documentar el proceso para el Plan Estratégico de Tecnologías de la</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Un proceso de implementación basado en prioridades. • La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Flujo de la información. • Minería de datos. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Uso de la información. • El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. • Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información. • Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta. • La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización. • Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información. • Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Comparación con mejores prácticas. • Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan. | <p>Información y las Comunicaciones PETI</p> |
| <p>Estándar 144. Código: (GI5) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de backups y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la información. | <p>Documentar Plan de Seguridad y Privacidad de la Información</p> <p>Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información</p> |
| <p>Estándar 149. Código: (GI10) Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada,</p> | <p>implementar el plan de contingencia de la ese Santiago de Tunja</p> |

analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

| ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA | ASPECTOS CUALITATIVOS |
|---|---|
| ESTANDARES MEJORAMIENTO DE CALIDAD | OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| <p>Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. • Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación. • Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados. • Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación. • Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. • Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia. • Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento. • Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros. | <p>Restablecer el tablero de indicadores de calidad</p> |

f. INDICADORES DE CALIDAD ESPERADA VS CALIDAD OBSERVADA

| INDICADOR | CALIDAD ESPERADA 2019 | CALIDAD OBSERVADA A DIC DE 2018 |
|--|------------------------------|--|
| Demanda insatisfecha | 3% | 3.1% |
| Oportunidad de consulta médica general | Menor o igual a 3 días | 1 |
| Oportunidad de odontología | Menor o igual a 3 días | 1.8 |
| Satisfacción de usuarios | Mayor ó igual al 90% | 83% |
| Captación de gestantes antes de la semana 12 | 0,78 | 0,74 |
| Adherencia a guías de HTA | 0,92 | 0,92 |
| Adherencia a guías de CyD | 0,92 | 0,92 |

g. PLANES DE MEJORA

En medio magnético se anexa en una sola herramienta de auditoria desde la autoevaluación, oportunidades de mejora, priorización y planes de mejora; hasta los seguimientos y consolidación para los informes de auditoría con sus respectivos gráficos de control y sistema de información para la calidad.

5. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2019

El programa se desarrollará de manera trimestral, con el fin de que adicionalmente se realicen acompañamientos para su cumplimiento.

