

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN</small> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	GESTION DEL CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 02
			Página 1 de 1

INFORME DEL EQUIPO DE APOYO DE LA OFICINA ASESOR DE CONTROL INTERNO

INFORME DE ACREDITACION 2018

PROCESO AUDITADO	ACREDITACION
AUDITORES	María Eufracia Sandoval Pino , Edna Mercedes López Molina
OBJETO	Realizar evaluación en los avances de la acreditación , en sus ejes trazadores
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad
MARCO LEGAL	Decreto 0903 del 13 de mayo de 2014, la Resolución 2082 del 29 de mayo de 2014 y la Resolución 2427 del 17 de junio de 2014,
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: 15 de febrero del 2019 Finaliza el 18 de febrero del 2019
METODOLOGIA	Solicita información al área de calidad mediante oficio. Análisis de las evidencias
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar la evidencia

El Hospital Universitario San José ESE de Popayán contempla dentro de la visión en su plan estratégico ser una institución acreditada, por lo que se plantean las siguientes actividades que permitan acercar a la institución a la presentación del primer ciclo ante el ICONTEC.

1. Cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad:

El PAMEC de la institución está basado en los estándares del Sistema Único de Acreditación, son las actividades que se plantean para cumplir con estándares superiores de calidad, por lo tanto, implican un paso necesario para la presentación al primer ciclo de acreditación.

Se plantean reuniones de los equipos de mejoramiento como seguimiento al cumplimiento de las actividades PAMEC.

- Reuniones de II nivel cliente asistencial cada mes
- Reuniones de II nivel de apoyo bimestral
- Reuniones de III nivel cada 4 meses
- Seguimiento trimestral al cumplimiento del PAMEC

2. Jornada de actualización en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:

Se plantea la realización de una jornada de aprendizaje a todo el personal de la institución sobre los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, con el fin de concienciar en los colaboradores la importancia de ser partícipes activos en este proceso, dado que la

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO COLOMBIANA</small> <i>Juntos mejoramos tu salud</i></p>	GESTION DEL CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

INFORME DEL EQUIPO DE APOYO DE LA OFICINA ASESOR DE CONTROL INTERNO

acreditación solo se alcanzará si se cuenta con transformación cultural. Esta actividad se desarrolló el 25 y 26 del abril del 2018.

- 3. Autoevaluación de acreditación:** Es importante a mediados del año realizar una autoevaluación de los estándares de acreditación con el fin de verificar cómo va la institución con las actividades planteadas en el PAMEC y si efectivamente se está dando respuesta a los criterios de los estándares de acreditación, dado que sería el momento preciso para realizar los ajustes que se requieran. Esta autoevaluación se desarrolló el 5 y 6 de diciembre del 2018, donde cada uno de los auditores de calidad evalúan con los coordinadores los estándares.

Estándares de acreditación: Estos son, los contenidos de los estándares de acreditación que contiene el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.
- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

Seguridad del paciente: Cada organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue mediante los siguientes criterios:

1. Una estructura funcional para la seguridad del paciente.
2. La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.
3. Monitorización de eventos adversos.
4. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.
5. Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares.

Procesos institucionales seguros

Los procesos institucionales deben contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

- Política institucional de Seguridad del Paciente.

INFORME DEL EQUIPO DE APOYO DE LA OFICINA ASESOR DE CONTROL INTERNO

- Promoción de la cultura de seguridad.
- Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.
- Reporte.
- Análisis y Gestión.
- Brindar capacitación a' cliente interno en los aspectos relevantes de da seguridad en los procesos a su cargo.
- Coordinar procedimientos y acciones reciprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
- Estandarización de procedimientos de atención.
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.
- La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio, Seguridad en et ambiente físico y la tecnología en salud.

4 Semana de acreditación: Esta actividad se desarrolló el 21, 22, 23 de noviembre del 2018, donde se realizó una serie de actividades educativas y lúdicas a los colaboradores con el fin de concienciar la importancia de la transformación cultural para el cumplimiento de los estándares de acreditación; enfocados en una estrategia implementada desde el año pasado titulada "recetas para la acreditación".

5.Semana de humanización: La humanización como uno de los ejes de acreditación ha sido incluida dentro del plan de acreditación y esta actividad se desarrolló en 29,30,31 de agosto del 2018, donde se realizarán actividades educativas y lúdicas para promover en los colaboradores el trato digno y la práctica de acciones encaminadas a una atención humanizada.

6. Contratación asesora externo: No se pudo desarrollar este punto
7. Simulacro: No se pudo desarrollar este punto ya que no existe contrato con asesor externo
8. Auditorías internas: Se desarrollaron en los meses de Julio y octubre del 2018, con las evidencias.

SEGUIMIENTO PLAN DE ACREDITACION:

Nombre actividad	Año 2018	Total de seguimiento
Cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad.	Se cumple	100%
Jornada de actualización en el Sistema	Se cumple	100%

INFORME DEL EQUIPO DE APOYO DE LA OFICINA ASESOR DE CONTROL INTERNO

Obligatorio de Garantía de la Calidad.		
Semana de acreditación	Se cumple	100%
Autoevaluación de acreditación	Se cumple	100%
Semana de humanización	Se cumple	100%
Contratación asesor externo	No se cumplió	0%
Simulacro	No se cumplió	0%
Auditorías internas	Se cumplió	100%

PAMEC	Total actividades	ACTIVIDADES			CUMPLIMIENTO
		Cumplidas	En desarrollo	Atrasadas	
Gerencia	23	21	0	2	91%
Direccionamiento	33	33	0	0	100
Asistencial	126	122	1	3	97%
Gestión de Tecnología	19	17	0	2	91%
Gerencia de información	27	23	0	4	85%
Talento Humano	30	29	0	1	97%
Mejoramiento	5	5	0	0	100%
Gerencia de Ambiente físico	35	32	0	3	91%
Total	298	282	1	15	95%

Se observa que de los 8 puntos planteados se cumplió 6 que equivale al 75 % del plan de acreditación del hospital Universitario San José de Popayán

El PAMEC que es el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se obtuvo una calificación del 95%.

Fecha del informe: Febrero 26 de 2019.

Informe realizado por:

Maria Eufracia Sandoval

MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO.
Enfermera Oficina Asesora de control interno