

INFORME DE GESTION ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Monitoreo, Seguimiento y Evaluación
IV trimestre 2019



Plan de certificación de servicios 2019

El Hospital Universitario San José cuenta con 84 servicios declarados en el Registro Único Especial de Prestadores-REPS. Se certificaron 17 servicios en la vigencia 2019 según el plan de certificación en el cual se definió con anticipación, la construcción, adecuación y dotación que se requería para el cumplimiento del plan.

Se priorizaron los siguientes servicios para certificar en habilitación: **I Bloque**

Servicio	Certificación
Servicio transfusional	18 de noviembre de 2019
Unidad mental	18 de noviembre de 2019
Psiquiatría Consulta externa	18 de noviembre de 2019
Esterilización	18 de noviembre de 2019
Terapia Respiratoria	18 de noviembre de 2019
Laboratorio clínico	18 de noviembre de 2019
Toma de muestras	18 de noviembre de 2019
Fisioterapia	18 de noviembre de 2019
Fonoaudiología	18 de noviembre de 2019
Medicina del dolor y cuidados paliativos	18 de noviembre de 2019
Diagnostico Cardiovascular	18 de noviembre de 2019

Adicional a lo programado se certificaron los siguientes servicios:

Servicio	Certificación
Medicina física y rehabilitación	18 de noviembre de 2019
Cardiología consulta externa	18 de noviembre de 2019
Oncología Clínica consulta externa	18 de noviembre de 2019
Ecocardiografía	18 de noviembre de 2019
Vacunación	18 de noviembre de 2019

Como evidencia se adjunta certificación de la Secretaria departamental de salud del Cauca.



Acta de certificación de servicios mencionados en el plan de certificación 2019.

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA

CERTIFICA

Que la **IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, Identificada con **Nit. No.** 891580002-5, se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud del Departamento del Cauca, con el **Código de Habilitación No.** 1900100031-01, Institución Prestadora de Servicios de Salud, con domicilio en la carrera 6 # 10 N-142 del municipio de Popayán.

La Comisión Técnica de Verificación del Área de Calidad de los servicios, de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, realizó visita a la IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en la sede con Código de Habilitación No. 1900100031-01, con domicilio en la Carrera 6 # 10 N-142, constatando que una vez terminada la verificación, la IPS en mención, **CUMPLE:**

- **CON LAS CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS,**
- **CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA**
- **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICAS**

PARA HABILITACIÓN que le aplican, definidas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014 y las normas que las modifican, adicionan o sustituyan, así como la normatividad complementaria, para los **servicios:**

CODIGO	SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD	No. DISTINTIVO
126	HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	INTRAMURAL HOSPITALARIO	MEDIA	DHS211598
302	CARDIOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016066
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - SI ONCOLÓGICO	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016071
327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016077
336	ONCOLOGÍA CLÍNICA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA - ALTA	DHS016083

Secretaría de Salud
Calle 5 # 15-57 Popayán – Colombia | Tel: 8209601
www.saludcauca.gov.co
grupo.calidad@saludcauca.gov.co
Cel. 3218117428





Gobernación del Departamento del Cauca

Secretaría de Salud

Área Calidad de los servicios

345	PSIQUIATRÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA	DHS016087
701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	INTRAMURAL AMBULATORIO - HOSPITALARIO	ALTA	DHS016101
706	LABORATORIO CLÍNICO	INTRAMURAL AMBULATORIO - HOSPITALARIO	BAJA- MEDIA- ALTA	DHS016103
712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	INTRAMURAL AMBULATORIO - HOSPITALARIO	BAJA	DHS016107
713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	MEDIA	DHS016108
718	LABORATORIO DE PATOLOGÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO - HOSPITALARIO	MEDIA	DHS016110
729	TERAPIA RESPIRATORIA	INTRAMURAL HOSPITALARIO	BAJA	DHS016113
732	ECOCARDIOGRAFÍA	INTRAMURAL AMBULATORIO - HOSPITALARIO	MEDIA - ALTA	DHS016114
739	FISIOTERAPIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	BAJA	DHS016115
740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	INTRAMURAL AMBULATORIO	BAJA	DHS016116
916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	INTRAMURAL AMBULATORIO	BAJA	DHS174216
950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	INTRAMURAL AMBULATORIO	BAJA - MEDIA	DHS016117

CAPACIDAD INSTALADA:

GRUPO	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PSIQUIATRÍA	9
CAMAS	CUIDADO AGUDO MENTAL	5

Secretaría de Salud
Calle 5 # 15-57 Popayán – Colombia | Tel: 8209601
www.saludcauca.gov.co
grupo.calidad@saludcauca.gov.co
Cel. 3218117428



República de Colombia



Gobernación del Departamento del Cauca
Secretaría de Salud
Área Calidad de los servicios

Esta Secretaría se reserva el derecho de revocatoria de la presente Certificación al comprobar el incumplimiento de cualquiera de las Condiciones de Habilitación, y el Prestador está obligado a mantenerlas durante el término de su vigencia, conforme al Decreto 780 de 2016 y la Resolución 2003 de 2014.

Dada a los dieciocho (18) días del mes de noviembre de 2019.

HECTOR ANDRES GIL WALTEROS
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA

Revisó: **VILMA CONSUELO POLANIA**
Gestora Gestión de Prestación y Calidad de los Servicios

Proyectó: **ORLANDO ALVAREZ BARREIRO**
Profesional Universitario Gestión de Prestación y Calidad de los Servicios

La ejecución del plan de certificación de servicios corresponde al cumplimiento del 100% de lo programado.

Del plan de certificación queda pendiente el II bloque de servicios que requiere certificación de gases medicinales.

- Unidad de cuidados intermedios adultos
- Unidad de cuidados intermedios pediátricos
- Unidad de cuidados intensivos pediátricos
- Imágenes diagnosticas
- Servicio farmacéutico

Además estos procesos requieren de intervenciones en infraestructura y tecnología, una vez las intervenciones se realicen se solicitara la visita a la secretaria departamental de salud del Cauca.



Plan de habilitación

EL plan de habilitación 2019 se realizó según las oportunidades de mejora que surgieron de las auditorías de habilitación realizadas durante el año.

La ejecución del plan de habilitación presentado para el año 2019 se discrimina su cumplimiento por estándares así:

En el **estándar de talento humano** según las actividades programadas, la ejecución del plan en este estándar es del 100%.

En el **estándar de Infraestructura** según la ejecución del plan de habilitación programado para el año 2019 se ejecutó el 73 %

En el estándar de **Dotación** se ejecutó hasta el mes de diciembre el 85% del plan de habilitación.

En el **estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos** la ejecución del plan de habilitación 2019 fue del 80 % ya que aún no se ha certificado el proceso de Gases Medicinales ante el INVIMA.

En el **estándar de procesos prioritarios** se cumplió con un 94% de las actividades programadas ya que aún falta actualizar Guías de Práctica clínica del servicio de Urgencias adultos.

En el **estándar de historia clínica** se cumplió con el 100% de lo programado para el año 2019.

Avances en el proceso de certificación de Gases Medicinales

Se están produciendo lotes de gases medicinales en el proceso a la fecha se liberó el 2 lote de producción, cada lote es de 7 días, se está realizando bajo los estándares normativos vigentes y la farmacopea actual.

Guías de práctica clínica, protocolos y procedimiento

Se realizó creación, adopción y actualización de 246 documentos entre guías de práctica clínica, procedimientos, protocolos y manuales institucionales, teniendo en cuenta que en el 2018 se actualizaron 162 documentos, se evidencia un notable avance en el 2019.

Guías de práctica clínica	Procedimientos	Protocolos	Manuales
41	50	147	6

Se realizó actualización del procedimiento de adopción de guías de práctica clínica que permitirá estandarizar el proceso en el próximo, permitiendo la adherencia al manual de implementación de guías de práctica clínica que permita que la institución sea reconocida por el avance en este proceso.

Adherencias de procesos prioritarios especialidades

Los especialistas durante el año 2019 desarrollaron las actividades programadas con un cumplimiento del **92%** en los cronogramas, dentro de los cronogramas se planearon actividades de adherencia de guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos médicos con un cumplimiento del **96%**

ESPECIALIDAD	ITEMS CUMPLIDOS	TOTAL DE ITEMS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
ANESTESIOLOGIA	180	187	96%
CIRUGIA LAPAROSCOPICA	365	376	97%
UROLOGIA	136	139	98%
OFTALMOLOGIA	82	85	96%
TRAUMATOLOGIA	120	120	100%
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	564	627	90%
FETAL MED	767	772	99%
ENDOVIDE0	171	171	100%
CIRUGIA MAXILOFACIAL	415	427	97%
MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	444	450	99%
NEUROCIRUGIA	109	132	83%
TOTAL	3353	3486	96%




Adherencias de procesos prioritarios especialidades

Los coordinadores de los servicios cumplieron en un **85%** las actividades programadas en los cronogramas programadas en enero de 2019, en adherencias de Guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos obtuvieron una adherencia de **95%**

SERVICIO	ITEMS AFIRMATIVAS	TOTAL DE ITEMS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal	919	974	94,35%
Referencia y Contra referencia	981	1075	91,26%
Cirugía	657	666	98,6%
Fonoaudiología	532	562	94,66%
UCI	1237	1251	98,88%
Quemados Pediatría	1699	1702	99,82%
UCIP	1099	1106	99,37%
Terapia respiratoria	2652	2708	97,93%
Internación General	112	114	98,25%
Consulta externa	208	212	98,11%
Terapia Física	328	333	98,50%
Neonatos	319	343	93,00%
Ginecología	1410	1529	92,22%
Urg/Salas Pediatría	481	546	88,10%
Urgencias Adultos	385	385	100,00%
UCIN	61	65	93,85%
Laboratorio Clínico	1582	1845	85,75%
Banco de Sangre	602	639	94,21%
TOTAL	15264	16055	95,07%

Adherencias procesos prioritarios enfermería

SERVICIO	ITEMS AFIRMATIVOS	TOTAL DE ITEMS	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
NEONATOS	2451	2569	95,41%
HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL	700	752	93,09%
ENDOSCOPIA	538	586	91,81%
CIRUGIA	1800	1872	96,15%
GINECOLOGIA	1185	1255	94,42%
INTERNACION GENERAL	1082	1199	90,24%
URGENCIAS PEDIATRIA	2421	2477	97,74%



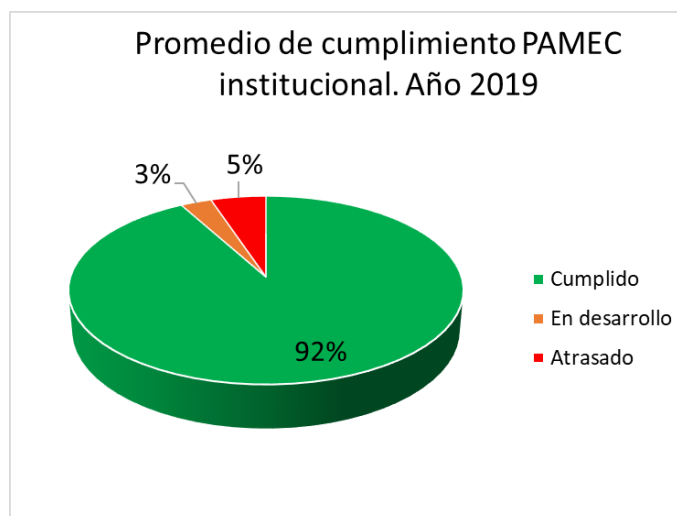
HOSPITALIZACION PEDIATRIA	2213	2366	93,53%
QUEMADOS PEDIATRIA	2384	2403	99,21%
UCINT	2583	2797	92,35%
REHABILTACION	256	262	97,71%
UCI	2661	2674	99,51%
UCIP	3873	4082	94,88%
UNIDAD MENTAL	784	787	99,62%
CONSULTA EXTERNA	297	298	99,66%
URGENCIAS ADULTOS	4460	5467	81,58%
TOTAL	29688	31846	93,22%

Según las listas de chequeo aplicadas al personal de enfermería y auxiliar de enfermería de los protocolos institucionales durante el año 2019 alcanzaron una adherencia correspondiente al **93%** a nivel institucional y con esto el cumplimiento del **100%** del cronograma anual.

Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad - PAMEC

Durante el año 2019 se realizó socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, el cierre de recepción de actividades fue el 31 de diciembre de 2019, generando el siguiente cumplimiento:

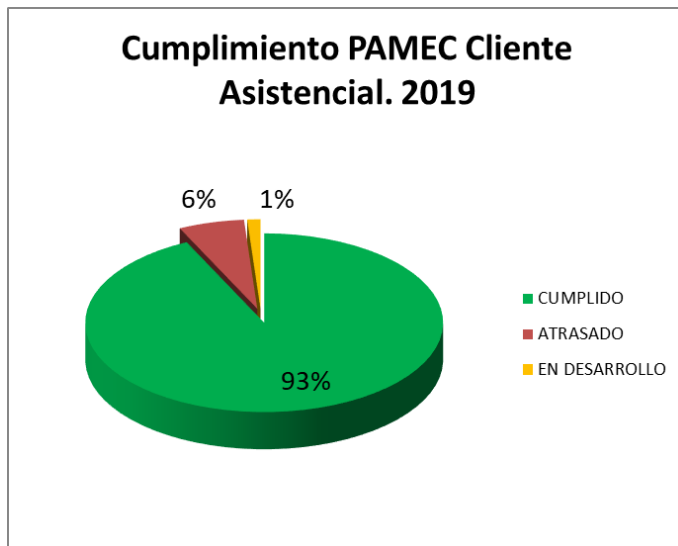
Las actividades cumplidas en el año representan en promedio el 92%, actividades en desarrollo el 3% y atrasadas el 5%



PAMEC 2019	ENERO A DICIEMBRE 2019				% de cumplimiento
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	
Asistencial	84	78	1	5	93%
Direccionamiento	39	34	2	3	87%
Gerencia	31	25	2	4	81%
Mejoramiento	16	16	0	0	100%
Gerencia de talento humano	41	39	1	1	95%
Gestión del ambiente físico	39	38	1	0	97%
Tecnología	23	22	1	0	96%
Gerencia de la información	37	34	1	2	92%
Total	310	286	9	15	92%



1. PAMEC Cliente asistencial:



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	78
ATRASADO	5
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC ASISTENCIAL fueron:

- Solicitar la vinculación al equipo de SIAU de un auxiliar que hable la lengua NASA y/o MISAK
- Solicitar la elaboración de material didáctico en lengua NASA y/o MISAK
- Realizar Taller de Prácticas Seguras relacionado con Reporte Voluntario de Eventos Clínicos
- Realizar Boletín Mensual de eventos Adversos más frecuentes en el Hospital
- Realizar socialización de Medición de Cultura de Seguridad 2018
- Realizar Referenciación con Institución Acreditada para estrategia de retroalimentación de análisis y gestión de eventos clínicos
- Actualizar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares.
- Socializar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares.
- Evaluar Procedimiento de reporte de eventos clínicos en el que se incluya la información sobre los eventos adversos a los pacientes y sus familiares a través de Rondas de Seguridad
- Realizar evaluación de la Política de Seguridad del Paciente
- Socializar Resultados Evaluación de la Política de Seguridad del Paciente en reunión de II nivel cliente asistencial
- Gestionar la implementación plataforma educativa para formación continua en Seguridad del Paciente
- Realizar reuniones de seguimiento al programa de seguridad del paciente con Aseguradoras
- Formular propuesta para conformación de equipos de respuesta rápida



- Implementar cronograma de educación en el autocuidado al paciente y su familia durante el proceso asistencial dejando un tema por mes
- Diseñar, implementar y analizar el Indicador de demanda insatisfecha en urgencias adultos, urgencias pediatría, urgencias ginecobstetricia.
- Definir los riesgos del paciente desde el ingreso al hospital (no únicamente los riesgos clínicos) - paciente ambulatorio
- Realizar medición de respuesta de interconsultas, según la pertinencia y clasificación.
- Realizar seguimiento a las oportunidades de mejora de los indicadores de respuesta de interconsulta
- Actualizar las guías de practica clínica en el formato donde se incluyó el ítem de educación al paciente y su familia, según cronograma anual
- Actualizar el listado maestro en vulcano
- Actualizar los folletos educativos en los servicios
- Socializar los resultados de la identificación de necesidades al equipo II nivel
- Definir plan de mejora según hallazgos identificados en las necesidades
- Gestión de proyecto para realizar circuito cerrado de educación para los televisores de cada servicio
- Solicitar a subgerencia científica la conformación de equipo de educación al usuario y su familia
- Evaluar la adherencia al procedimiento de mecanismos de alarma para resultados críticos por parte de imágenes diagnosticas
- Realizar referenciación interna del proceso de imagenología con el proceso de laboratorio clínico de manera que se pueda implementar los controles necesarios.
- Socializar y concertar el estudio de suficiencia de personal a reunión II nivel asistencial
- Gestionar el fortalecimiento del personal de Psicología, terapia física, respiratoria y fonoaudiología ante subgerencia científica para los procesos asistenciales según capacidad instalada
- Gestionar el fortalecimiento del personal de nutrición ante subgerencia científica para los procesos asistenciales según capacidad instalada
- Actualizar criterios de ingreso y egreso de uci - críticos
- Brindar educación continua y actividades lúdicas para los niños y continuación de la escolaridad
- Socializar a II nivel cliente asistencial el listado de servicios que se prestan diurnos y nocturnos
- Presentar a la subgerencia científica propuesta para fortalecer el proceso de egreso en internación (posiblemente servicio de pre alta)
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de promoción y prevención
- Socializar los resultados de las actividades de promoción y prevención desarrolladas
- Definir espacios para la comunicación e información al usuario, en casos que el médico tratante lo requiera
- Incluir en la encuesta de satisfacción del usuario si se ha sentido discriminado (a)
- Gestionar con los sindicatos el curso con el Sena de atención humanizada para la institución
- Realizar campaña de respeto a la conciliación del sueño
- Socializar el manual de enfoque diferencial al equipo II nivel
- Realizar seguimiento al cumplimiento del manual de enfoque diferencial
- Actualizar el procedimiento de manejo de cadáveres
- Socializar el procedimiento de manejo de cadáveres en reunión II nivel



- Socializar resultados de las rondas de humanización
- Socializar los resultados del indicador de satisfacción global del usuario por servicio.
- Realizar los ajustes pertinentes al indicador de satisfacción global del usuario según necesidades de los servicios
- Socializar el procedimiento de rechazo de imágenes diagnósticas por parte del profesional médico en reunión II nivel
- Actualizar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de cirugía
- Socializar el procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de cirugía en reunión II nivel
- Evaluar adherencia al procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de Cirugía
- Socializar los resultados de la adherencia al procedimiento de rechazo de muestras patológicas en el servicio de Cirugía
- Socializar el procedimiento de priorización de pacientes en imágenes diagnósticas
- Socializar los resultados de la evaluación de Adherencia del procedimiento de la entrega de los resultados críticos y de consulta externa para imágenes diagnósticas
- Socializar el procedimiento de entrega de resultados críticos y no críticos en el laboratorio de Patología en II nivel
- Socializar la herramienta para hacer el seguimiento de las interconsultas
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al niño(a) y adolescente con diagnóstico de abuso sexual
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al niño(a) y adolescente con diagnóstico de maltrato infantil
- Evaluar la adherencia al procedimiento de atención socio familiar al paciente con diagnóstico de violencia intrafamiliar
- Realizar plan de mejora frente a los hallazgos de las evaluaciones de adherencia de trabajo social
- Socializar procedimiento de seguimiento a egreso de pacientes quirúrgicos ambulatorios
- Socializar las causas de reingreso más frecuentes en el año 2018
- Gestionar un desarrollo para identificar los pacientes consultados crónicos en la institución
- Realizar un desarrollo para identificar los pacientes consultadores crónicos en la institución
- Socializar los resultados de la identificación de los pacientes consultadores crónicos para toma de acciones
- Actualizar el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
- Socializar y evaluar al personal médico el procedimiento de referencia de pacientes para incluir la educación brindada al paciente y al familiar acerca de la remisión a otra institución, con registro en la historia clínica y en el anexo 9
- Socializar el procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas en II nivel
- Socializar los resultados de la evaluación del procedimiento para asignación de citas en el servicio imágenes diagnósticas



- Socializar el procedimiento y formato de entrega de resultados para las muestras patológicas e imágenes diagnósticas especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
- Socializar resultados de evaluación el procedimiento y formato de entrega de resultados para las muestras patológicas e imágenes diagnósticas especificando los tiempos de entrega, incluyendo las que requieran más tiempo de procesamiento y resultados críticos, con la evidencia de entrega de los mismos
- Socializar el procedimiento de transporte de muestras interinstitucionales
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Realizar socialización sobre Farmacovigilancia
- Socializar el ciclo de atención en los servicios
- Actualizar el procedimiento de conciliación medicamentosa
- Socializar el procedimiento de conciliación medicamentosa

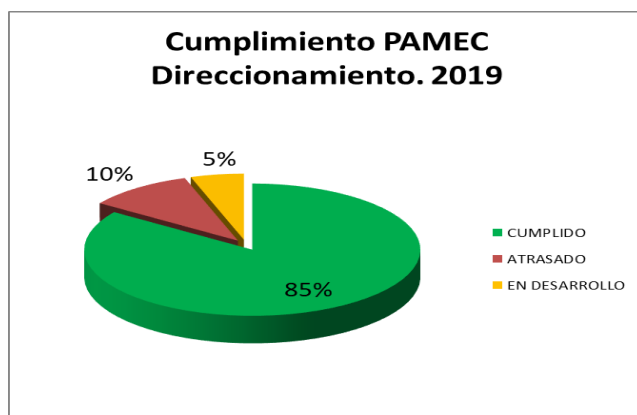
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Gestionar la inclusión de sedación para curaciones de pacientes quemados y parto sin dolor

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Realizar videos para educar a los pacientes por servicios
- Definir acciones de mejora según hallazgos de encuesta de satisfacción del usuario respecto a la discriminación
- Incluir en el procedimiento de planeación de la atención, conciliación, cuidado y tratamiento farmacológico la información sobre los medicamentos a cargo del químico farmacéutico.
- Socializar el procedimiento de planeación de la atención, conciliación, cuidado y tratamiento farmacológico
- Elaborar procedimiento de seguimiento a egresos hospitalarios

2. PAMEC DIRECCIONAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	34
ATRASADO	3
EN DESARROLLO	2



Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC DE DIRECCIONAMIENTO fueron:

- Socializar el perfil sociodemográfico 2018 a los equipos de II nivel
- Incluir en el ajuste al direccionamiento estratégico 2019 los aspectos de la comunidad identificados en el perfil sociodemográfico (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- Incluir en el ajuste al plan de comunicaciones, las estrategias implementadas en la institución para la escucha del cliente interno
- Realizar seguimiento a la implementación la política de responsabilidad social
- Ajustar el plan de referenciación 2019
- Socializar en comité de planeación ajuste al plan de referenciación
- Elaborar informe de seguimiento al plan de referenciación
- Realizar socialización de ejecución de plan de acción 2018
- Realizar seguimiento semestral a las actividades establecidas en el plan de acción 2019
- Realizar "el tour por lo nuestro" como estrategia para socializar las actividades desarrolladas en los procesos institucionales y el direccionamiento estratégico
- Realizar boletín informativo de resultados de los procesos institucionales
- Realizar estrategias para identificar las desviaciones encontradas en las evaluaciones de la comprensión del direccionamiento estratégico
- Formular plan de mejora con base en los hallazgos identificados en la falta de comprensión del direccionamiento estratégico
- Diseñar estrategias encaminadas a la articulación de los sindicatos con la oficina de talento humano para la transformación cultural en el cliente interno.
- Socializar el procedimiento para medición de los ejes de acreditación con los líderes de procesos
- Formalizar a través de acto administrativo el documento de cultura organizacional
- Gestionar videos de los ejes de la acreditación para ser transmitidos en los medios de comunicación del hospital san José.
- Diseñar y aplicar estrategias de sensibilización al personal asistencial en la atención en salud
- Elaborar diagnostico con base en PQRS procesos a intervenir desde el punto de vista de los contratistas en el tema de humanización
- Socializar a la alta dirección el diagnóstico con base en PQRS para toma de decisiones
- Diseñar estrategias de humanización con base en el diagnóstico de PQRS por procesos.
- socializar estrategias de humanización con base en el diagnóstico de PQRS en la reunión de segundo nivel de direccionamiento
- Ajustar la política de prestación de servicios de salud y calidad con los criterios del estándar
- Socializar la política de prestación de servicios de salud
- Incluir en la inducción la prevención de enfermedades y promoción de la salud
- Diseñar estrategia de promover y proteger la salud de la población a la que sirve.
- Elaborar informe de acciones tomadas con base en los resultados de la evaluación de la gestión clínica
- Diseñar el instrumento para la medición de la aplicación del direccionamiento estratégico en el personal
- Realizar informe de hallazgos producto de la aplicación del instrumento



- Incluir en el proceso de inducción y reinducción a los miembros de la Junta Directiva
- Elaborar plan de capacitación anual para la Junta Directiva
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Socializar al personal asistencial el direccionamiento estratégico enfatizando los objetivos estratégicos
- Evaluar la política de prestación de servicios de salud

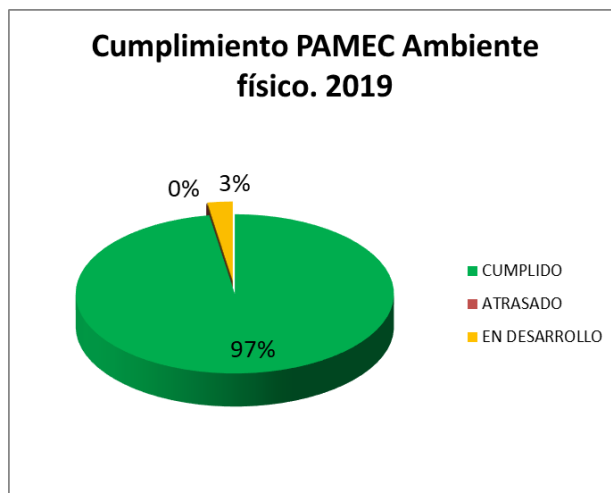
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Elaborar el proceso de evaluación de la gestión clínica que consolide los criterios del estándar
- Incluir en las rondas de seguridad la participación de la oficina asesora de planeación para evaluar la aplicación del direccionamiento estratégico en el personal

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Socializar los resultados de la medición inicial de los ejes de acreditación en el comité de calidad y Junta Directiva
- Elaborar informe de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización
- Socializar informe de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización en comité de planeación

3. PAMEC AMBIENTE FISICO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	38
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro del PAMEC DE AMBIENTE FISICO fueron:

- Socializar rutas de evacuación en los servicios asistenciales
- Realizar cronograma anual de los simulacros a realizar en las diferentes áreas del hospital.
- Socializar el cronograma anual de los simulacros a los coordinadores de los procesos



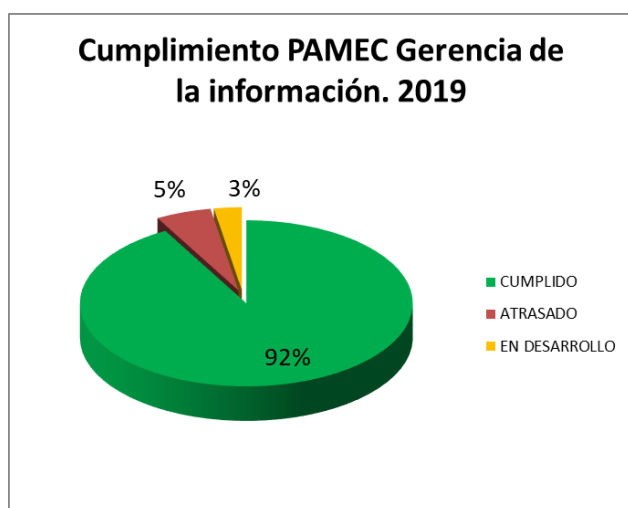
- Realizar simulacros de acuerdo al cronograma en las diferentes áreas del hospital.
- Elaborar el plan de readecuación de cuartos intermedios de residuos articulando los procesos involucrados.
- Socializar a los trabajadores los riesgos a los que está expuesto en su área de trabajo y las estrategias para minimizar su exposición
- Gestionar difusión de la adecuada segregación de residuos a través de televisores
- Realizar campaña consciente para el uso adecuado de aparatos sanitarios
- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria
- Socializar el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria a II nivel cliente asistencial
- Realizar plan de capacitación sobre manejo seguro del ambiente físico
- Ejecutar el plan de capacitación sobre manejo seguro del ambiente físico
- Realizar referenciación sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Elaborar procedimiento sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Socializar procedimiento sobre accidentes e incidentes con el ambiente físico en caso de familiares y/o visitantes
- Elaborar el procedimiento de recepción de personal externo (entes de control, referenciaciones, auditorías)
- Socializar el procedimiento de recepción de personal externo (entes de control, referenciaciones, auditorías)
- Definir los objetivos y metas relacionadas con los lineamientos de la política ambiental.
- Realizar cronograma de actividades para la difusión de la política de gestión ambiental
- Realizar informe de actividades de difusión a colaboradores de la política de gestión ambiental
- Construir el procedimiento para realizar el lavado de tanques
- Socializar el procedimiento de la lavado de tanques
- Realizar referenciación sobre el adecuado manejo de remanentes de medicamentos líquidos
- Construir procedimiento para la identificación de aspectos e impactos ambientales
- Reemplazar etiquetas de segregación de residuos en material de fácil limpieza y desinfección
- Socializar a los coordinadores la importancia de la participación del personal en la brigada de emergencia
- Gestionar un sistema de alarma de emergencia.
- Gestionar la difusión de que hacer en caso de emergencia por medio de TV institucionales.
- Gestionar el sistema alterno de comunicación en caso de una emergencia.
- Actualizar el procedimiento de desconexión de gases.
- Realizar cronograma de educación al usuario y su familia de preparación en casos de emergencias y desastres

- Realizar informe de la ejecución del plan de educación al usuario y su familia de preparación en casos de emergencias y desastres
- Gestionar la señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación de los pacientes en caso de pérdida.
- Actualizar el procedimiento de búsqueda de pacientes
- Socializar el procedimiento de búsqueda de pacientes
- Socializar la política de no fumador en los servicios.
- Solicitar señalética para identificar zonas libres de humo
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Realizar referenciación sobre ejecución de simulacros con evacuación de pacientes

4. PAMEC GERENCIA DE LA INFORMACION



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	34
ATRASADO	2
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA DE LA INFORMACION fueron:

- Realizar encuesta de Necesidades de Sistemas de Información
- Elaborar plan de gerencia de la información
- Socializar en comité de Calidad los indicadores de evaluación de desempeño de la gerencia, prestación del servicio y SIHO
- Socializar las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información tratadas en el comité de calidad en el equipo de II nivel respectivo



- Socializar procedimiento de indicadores enfatizando en qué hacer cuando se presenten desviaciones en los resultados en reunión de II nivel
- Realizar actualización de procedimiento de Nuevas Tecnologías
- Socializar procedimiento de Nuevas Tecnologías
- Realizar informe de relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).
- Socializar informe de relación existente entre tecnología y personal en reunión de II nivel
- Realizar Política de Seguridad de la información
- Socializar Política de Seguridad de la información
- Depurar Usuarios de DOCUNET y DGH que no se encuentran en el Hospital.
- Diseñar Campaña de copia de seguridad
- Publicación de Campaña de copia de seguridad
- Actualizar Procedimiento de conservación de Historia Clínica
- Socializar procedimiento de limpieza y desinfección de archivo y conservación de historia clínica
- Socializar procedimiento de control de prestamos
- Socializar Procedimiento de minería de datos
- Realizar reporte trimestral de hallazgos de calidad del dato a oficina de aseguramiento de la calidad
- Realizar socialización de resultados de Reporte de Resoluciones de reporte obligatorio a cargo de Estadística.
- Sustentar indicadores de procesos administrativos y asistenciales a subgerencias
- Implementar herramienta de seguimiento a acciones de mejora propuestas por los coordinadores de servicios en caso de incumplimiento de los umbrales de desempeño del indicador
- Realizar publicación de Resultados de indicadores de producción de servicios en áreas asistenciales
- Reportar al programa de seguridad del paciente los casos en que se realicen solicitudes a través de la mesa de ayuda relacionada con correcciones en la identificación del paciente.
- Socializar proceso de entrega de Resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.
- Reportar a Subgerencia Administrativa y Científica prueba de digitalización de Historia Clínica
- Gestionar con SYAC que cuando se digite una sigla o abreviatura en DGH, aparezca un texto predeterminado
- Evaluar que no se usen Abreviaturas ni siglas a través de la monitorización de Historias Clínicas
- Documentar procedimiento de validación de la Información
- Establecer planes de mejora resultantes de las reuniones de sustentación de indicadores por parte de los coordinadores

- Realizar Documento de Imagen Corporativa
- Actualizar el plan de comunicaciones
- Socializar el plan de comunicaciones a equipo de II nivel
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

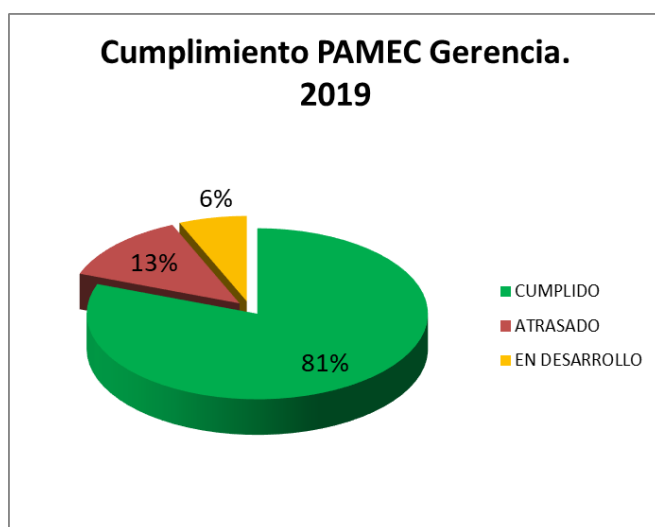
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Realizar referenciación para establecer parámetros de comparación con indicadores de seguridad de la información

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Evaluar a través de prueba de conocimientos Procedimiento de minería de datos
- Campaña para socializar el plan de contingencia

5. PAMEC GERENCIA



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	25
ATRASADO	4
EN DESARROLLO	2

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA fueron:

- Socializar la metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
- Implementar la metodología establecida para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
- Asignar los recursos para la implementación de la estrategia JOSELIN TE CUIDA
- Evaluar la implementación de la estrategia JOSELIN TE CUIDA en los servicios de internación, pediatría, unidad mental y neonatos



- Ajustar política de prestación de servicios a modelo MIAS que nos permita definir servicios y su nivel de complejidad
- Socializar la política de prestación de servicios de acuerdo al modelo de atención y el MIAS
- Realizar seguimiento a la implementación de los nuevos servicios que apuntan al aumento de la complejidad y la ampliación de oferta institucional
- Evaluar la implementación del sistema de gestión del riesgo y establecer planes de mejora de acuerdo a las desviaciones encontradas
- Diseñar e implementar estrategias para la adherencia a la política de gestión del riesgo
- Actualizar el procedimiento de sistema de información para la calidad incluyendo de referentes de todos los indicadores
- Actualizar el procedimiento para la referenciación institucional donde se incluya la participación de la alta dirección
- Implementar un sistema de entrenamiento en calidad a los equipos de segundo nivel de mejoramiento
- Incluir en las reuniones de socialización y análisis de indicadores los niveles de ejecución del sistema de entrenamiento
- Realizar seguimiento a la implementación de la política de humanización con énfasis en el lineamiento de atención en el dolor
- Garantizar los recursos y procesos para la implementación del plan de humanización del 2019
- Elaborar Manual de Convivencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, que incluya los criterios establecidos en el estándar.
- Socializar el Manual de Convivencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, a todas las áreas del Hospital
- Fortalecimiento del sistema de gestión de costos
- Realizar socialización y análisis de gestión presupuestal.
- Establecer herramientas para fomento de la cultura del buen uso de los recursos
- Promover filosofía de acreditación ante terceros
- Elaborar listado de procesos tercerizados y priorizar los que impacten sobre el paciente y su familia para realizar auditoría
- Elaborar plan de trabajo para definir las actividades de seguimiento al convenio docencia servicio
- Ejecutar y evaluar periódicamente las actividades de seguimiento al convenio docencia servicio
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

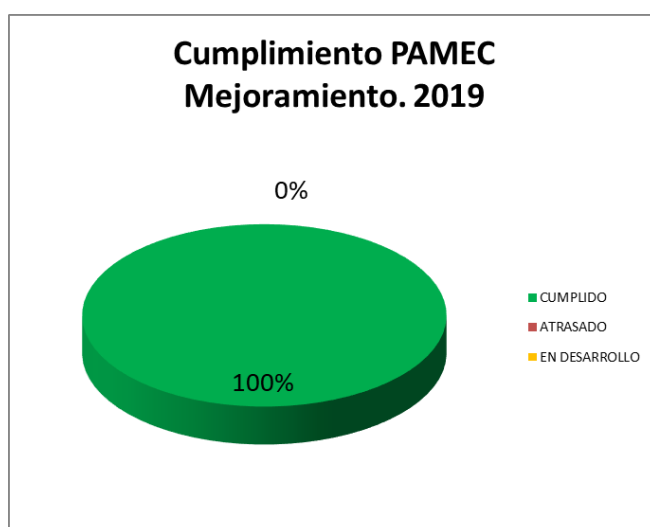
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Crear espacios de seguimiento con proveedores externos cada 4 meses de acuerdo a las priorización de necesidades del cliente interno
- Implementar las herramientas que fomentan la cultura del buen uso de los recursos

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Socializar los resultados de la identificación de necesidades a proveedores y procesos internos en la reunión de equipo II nivel
- Socializar los resultados de la identificación y actualización de las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores de acuerdo a la metodología establecida
- Socializar en comité de calidad los resultados de la referenciación para la toma de decisiones frente a acciones a implementar
- Actualización del procedimiento de construcción de presupuesto.

6. PAMEC MEJORAMIENTO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	16
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	0

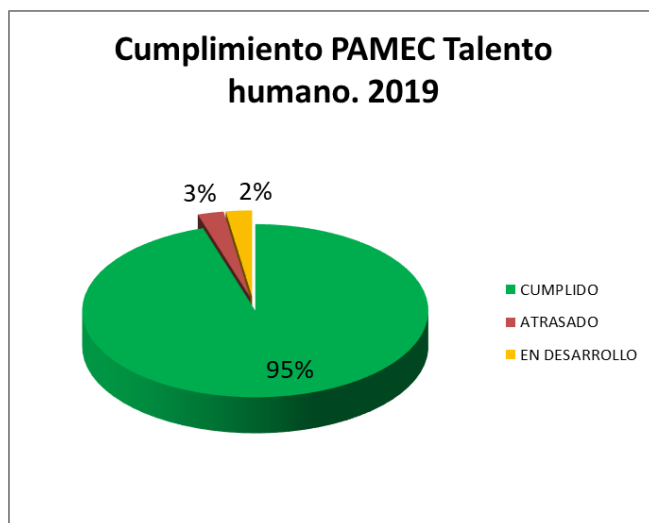
Las actividades desarrolladas dentro PAMEC MEJORAMIENTO fueron:

- Actualizar el manual de calidad que incluya un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados
- Incluir en el manual de calidad el procedimiento de seguimiento a los planes de mejora institucionales
- Realizar informe de logros obtenidos y estandarización de procesos derivados de los planes de mejora establecidos y socializar en equipo de III nivel.
- Elaborar listado de procesos tercerizados y priorizar los que impacten sobre el paciente y su familia para realizar auditoría
- Articular con el proceso de jurídica para incluir las auditorías de terceros en los contratos
- Ajustar el procedimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
- Socializar ajuste del procedimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en reunión II nivel



- Integrar las oportunidades de mejora priorizadas e identificadas en seguimiento a indicadores, referenciaciones externas, auditorías, visitas de Entes de control al PAMEC
- Actualizar el procedimiento de indicadores de acuerdo a la metodología del Ministerio
- Socializar el procedimiento de indicadores en reuniones de II nivel y jornada de acreditación
- Implementar el procedimiento de indicadores
- Documentar en el procedimiento de indicadores las estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos y externos, los resultados del mejoramiento
- Implementar las estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos y externos, los resultados del mejoramiento
- Socializar el procedimiento para medición de los ejes de acreditación
- Realizar la medición de los ejes de acreditación
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento

7. PAMEC GERENCIA DEL TALENTO HUMANO



ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	39
ATRASADO	1
EN DESARROLLO	1

Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO fueron:

- Elaborar y adoptar el plan estratégico de gestión de talento humano
- Elaborar y adoptar el plan de previsión de talento humano
- Elaborar y adoptar el plan de vacantes
- Realizar actividades lúdicas del código de integridad
- Realizar la reinducción al personal de planta y actualización del direccionamiento estratégico al personal contratista



- Realizar levantamiento de cargas laborales del recurso humano de las áreas administrativas
- Socializar el levantamiento de cargas laborales del recurso asistencial en reunión III nivel
- Socializar a Gerencia las dificultades de personal en entrenamiento sin adecuada supervisión para toma de acciones correctivas
- Revisar y actualizar procedimiento de asignación de reemplazos de personal de planta
- Gestionar la implementación del programa de educación virtual iniciando con el piloto del procedimiento de inducción
- Incluir en la página web de la institución los temas relacionados con la inducción para consulta constante de los colaboradores
- Gestionar ante oficina jurídica para que a todas las asociaciones o personas jurídicas cuyo objeto sea la prestación de servicios y que para la ejecución del mismo requiera personas naturales, se les exija el cumplimiento de los requisitos de talento humano y seguridad y salud en el trabajo
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud en el trabajo y talento humano del hospital en las etapas precontractual y contractual.
- Actualizar el procedimiento de inducción y reinducción del personal
- Socializar el procedimiento de inducción y reinducción del personal.
- Incluir en la inducción el proceso de gestión de la tecnología relacionada con tecnovigilancia y los demás programas institucionales en el contenido de seguridad del paciente
- Revisar las prerrogativas institucionales
- Adoptar las prerrogativas institucionales
- Socializar las prerrogativas institucionales
- Realizar encuesta de necesidades de capacitación través de google drive para el personal de planta.
- Incluir en el plan de capacitación los resultados de la evaluación por áreas efectuadas por las oficinas asesoras de planeación y control interno de acuerdo a la priorización que efectúe la comisión de personal y según el presupuesto asignado
- Socializar con las organizaciones sindicales, convenio docencia servicio y los contratistas de prestación de servicios, las necesidades de capacitación institucional para efectos de adherencia a las mismas
- Recepcionar los cronogramas y consolidar las capacitaciones realizadas por los procesos durante el año
- Elaborar una metodología para evaluación del personal en provisionalidad y realizar prueba piloto
- Elaborar el plan de comunicaciones institucional q incluya el componente interno
- Implementar el plan de comunicaciones institucional q incluya el componente interno
- Realizar mesas de trabajo con los procesos de Calidad, planeación, Comunicaciones, SST, SIAU, Directivos, Gestión Ambiental, Convenio Docencia servicio para crear el mecanismo para implementar y evaluar la cultura organizacional



- Definir cuáles son los elementos de cultura del hospital
- Elaborar el documento q consolide los elementos de cultura
- Elaborar mecanismo de medición de la cultura institucional
- Socializar el documento de cultura institucional en reuniones de mejoramiento de II y III nivel
- Incluir en el programa de Responsabilidad social las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Implementar las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Evaluar cumplimiento de las actividades correspondientes a mejorar la calidad de vida de los colaboradores en el lineamiento de colaborador y su familia
- Realizar seguimiento al ingreso y destinación de los recursos que se generen en la relación docencia servicio
- Socializar la evidencia de actividades realizadas por el convenio docencia servicio en reunión de mejoramiento de segundo nivel cliente asistencial y de talento humano
- Acompañar la revisión y adopción de las prerrogativas institucionales vinculándolo con el plan de prácticas formativas
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Socializar la medición de clima en la institución

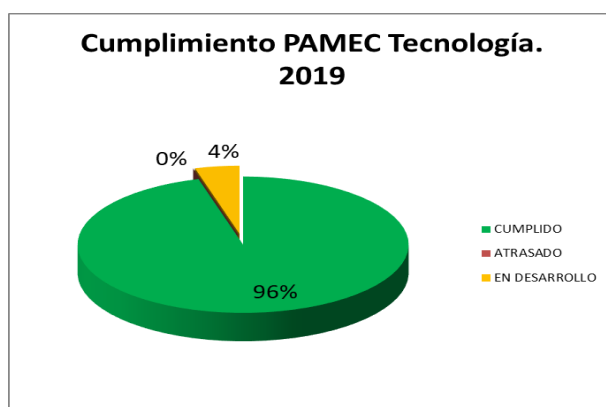
Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Realizar prueba piloto para evaluación del personal en provisionalidad

Las actividades que se encuentran ATRASADAS son:

- Evaluar cumplimiento de las prerrogativas institucionales

8. PAMEC GESTIÓN DE TECNOLOGÍA




ESTADO DE ACTIVIDADES	No.
CUMPLIDO	22
ATRASADO	0
EN DESARROLLO	1



Las actividades desarrolladas dentro PAMEC DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA fueron:

- Elaborar propuesta de compras sostenibles
- Socializar a reunión de III nivel propuesta de compras sostenibles
- Ajustar el procedimiento de evaluación a proveedores
- Realizar la evaluación a proveedores externos.
- Socializar los resultados de la evaluación al equipo de III nivel
- Implementar la evaluación de seguridad eléctrica aquellos equipos con partes aplicadas que sean indicados por el fabricante
- Realizar referenciación en entidad acreditada para definir criterios de la evaluación a proveedores
- Actualizar la política de Gestión de tecnología incluyendo los procesos relacionados con la tecnología
- Diseñar herramienta para evaluar la adherencia a la política
- Evaluar la adherencia a la política de Gestión de tecnología.
- Actualizar el inventario de activos fijos de la institución como equipos biomédicos industriales, mobiliario asistencial y administrativo entre otros con su debida plaquetización.
- Incluir la herramienta de necesidades de dotación en el procedimiento de identificación de necesidades de tecnología
- Definir mediante la herramienta de necesidades de dotación, la responsabilidad de la adquisición de los repuestos, insumos o consumibles de la tecnología dependiendo su especificidad
- Realizar estudios previos de las necesidades definidas de los repuestos, insumos o consumibles de la tecnología
- Publicar el pliego de condiciones en los tiempos estipulados para la adquisición de repuestos, insumos o consumibles de la tecnología
- Socializar en comité de infecciones el deterioro de los equipos y accesorios por las prácticas de limpieza y desinfección
- Realizar plan de mejora según observaciones discutidas en el comité de infecciones
- Realizar informe si las guías y/o protocolos de laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación incorporan el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología
- Ajustar las guías y/o protocolos de laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación donde incorporen el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología
- Socializar Resolución de equipos de mejoramiento
- Realizar socialización sobre tecnovigilancia
- Establecer el proceso de reporte de precios de medicamentos (trimestral). Servicio farmacéutico: Validación. Sistemas: usuario y contraseña. Servicio farmacéutico:



cargue a la plataforma. Gerencia: carta de designación a sistemas para uso de firma
Gerencia. Auditorías: evaluar cargue

Las actividades que se encuentran en DESARROLLO son:

- Socializar la política de Gestión de tecnología.



Sistema Único de Acreditación

En marco del cumplimiento del plan de acreditación, se realizó en el IV trimestre la autoevaluación cuanti-cualitativa de acreditación, el cierre del PAMEC 2019 y el seguimiento a las acciones de mejora de las auditorías internas.

Autoevaluación cuantitativa acreditación:

Los equipos de II nivel de mejoramiento se reunieron durante los meses de noviembre y Diciembre para realizar la autoevaluación cuanti-cualitativa de los estándares de acreditación, a través de la hoja radar se calificó enfoque, implementación y resultado escogiendo el valor por MODA.

Al finalizar cada evaluación, se realizaba un promedio de las calificaciones de cada uno de los estándares y así se obtuvo la siguiente calificación por grupo de estándares:

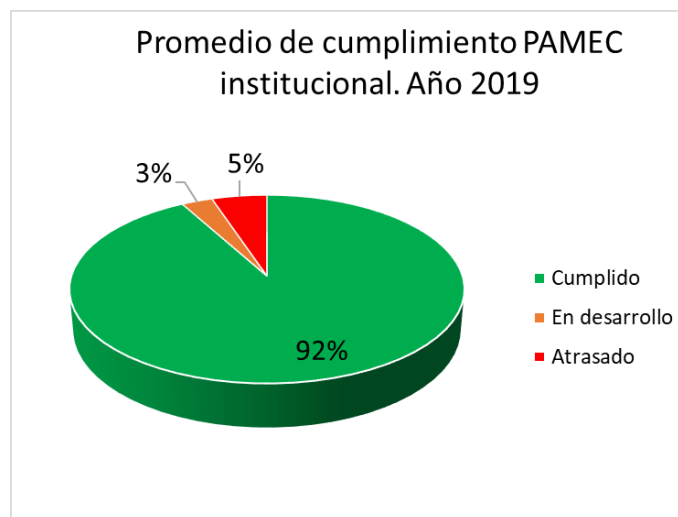
Grupo de estándares	Calificación
Cliente asistencial	2,3
Direccionamiento	2,5
Gerencia	2,4
Gerencia del talento humano	1,8
Gerencia del ambiente físico	2,1
Gerencia de la información	2
Gestión de tecnología	2,1
Mejoramiento	2,4
Promedio	2,2

Es importante aclarar que la calificación responde al mejoramiento en los conocimientos y práctica de los equipos de mejoramiento y el interés por mejorar de acuerdo a la capacitación recibida, a los cambios normativos y a los ajustes en el funcionamiento de la institución. Además de las recomendaciones en la visita del asesor externo de acreditación donde se incluyeron muchas oportunidades de mejora identificadas por dicho equipo lo que permitió una autoevaluación por parte de los grupos con una nueva mirada, convirtiéndose en un proceso dinámico que establece una nueva línea de partida para la preparación para la acreditación.

Cierre del PAMEC 2019

Durante el año 2019 se realizó socialización y seguimiento al PAMEC con los diferentes grupos de II nivel, el cierre de recepción de actividades fue el 31 de diciembre de 2019, generando el siguiente cumplimiento:

Las actividades cumplidas en el año representan en promedio el 92%, actividades en desarrollo el 3% y atrasadas el 5%



PAMEC 2019	ENERO A DICIEMBRE 2019				
	Actividades Planeadas	Actividades Cumplidas	En desarrollo	Actividades atrasadas	% de cumplimiento
Asistencial	84	78	1	5	93%
Direccionamiento	39	34	2	3	87%
Gerencia	31	25	2	4	81%
Mejoramiento	16	16	0	0	100%
Gerencia de talento humano	41	39	1	1	95%
Gestión del ambiente físico	39	38	1	0	97%
Tecnología	23	22	1	0	96%
Gerencia de la información	37	34	1	2	92%
Total	310	286	9	15	92%

Seguimiento auditorías internas

En el mes de diciembre se realiza un nuevo seguimiento a los planes de mejora para verificar el cierre de las actividades, evidenciando el siguiente cumplimiento:

Servicio	Agosto			% cumplimiento Agosto	Diciembre			% cumplimiento Diciembre
	No. Actividad	Cumplida	Pendiente		No. Actividad	Cumplida	Pendiente	
Esterilización	6	2	4	33,3	6	4	2	66,6
U. Mental	13	6	7	46,2	13	11	2	84,6
Ginecobstetricia	17	8	9	47,1	17	15	2	88,2
Diagnóstico Cardiovascular	12	6	6	50,0	12	10	2	83,3
Serv. Farmacéutico	24	12	12	50,0	24	24	0	100
T. Respiratoria	8	5	3	62,5	8	6	2	75
Imágenes	19	12	7	63,2	19	19	0	100



Quemados ped	12	8	4	66,7	12	10	2	83,3
Ultrasonido	13	9	4	69,2	13	12	1	92,3
Consulta externa	11	8	3	72,7	11	10	1	90,9
Quimio	9	7	2	77,8	9	8	1	88,8
Patología	11	9	2	81,8	11	11	0	100
Serv. Transfusional	18	15	3	83,3	18	17	1	94,4
UCINT	13	11	2	84,6	13	12	1	92,3
Urgencias adultos	16	14	2	87,5	16	16	0	100
Neonatos	19	17	2	89,5	19	19	0	100
Cirugía	10	9	1	90,0	10	9	1	90
Pediatría	11	10	1	90,9	11	10	1	90,9
UCI pediátrica	25	23	2	92,0	25	25	0	100
Endoscopia	13	12	1	92,3	13	12	1	92,3
Urgencias pediatría	15	14	1	93,3	15	14	1	93,3
Fono	8	8	0	100	8	8	0	100
Internación gnal	8	8	0	100	8	8	0	100
Laboratorio	9	9	0	100	9	9	0	100
T. Física	6	6	0	100	6	6	0	100
UCI adultos	13	13	0	100	13	13	0	100
Total	339	261	78	77	339	318	21	93,8

Del total de 339 acciones planteadas se cumplieron el 93,8% de las actividades.



En cuanto al eje de la acreditación: humanización se realizaron las siguientes actividades:

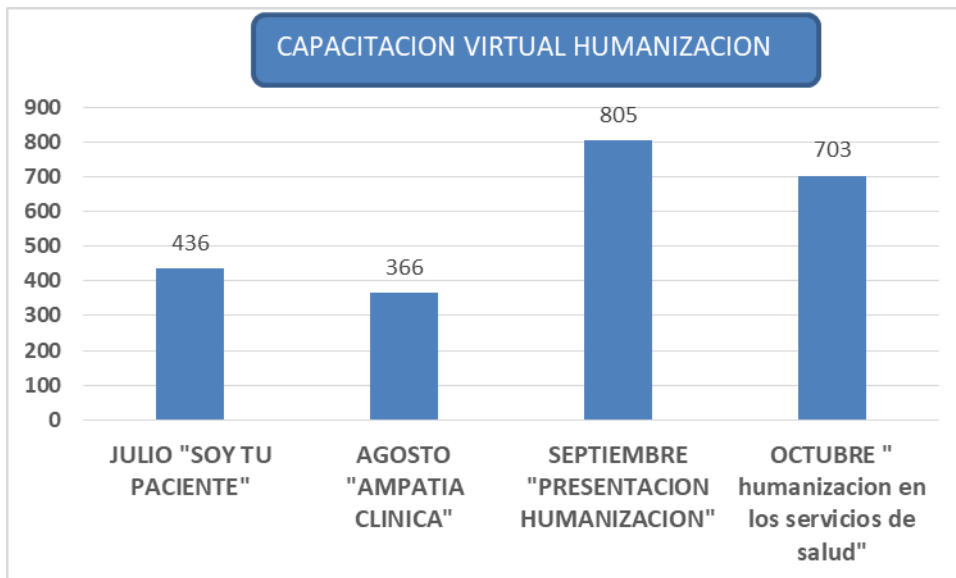
Humanización de la atención en salud

Estrategias sensibilización al personal asistencial

Se continúa con la estrategia de sensibilización al personal asistencial donde se publica el video de Humanización de los servicios



Este video fue visto por 703 colaboradores



- **Realización de perfil sociodemográfico**

Durante el año 2019 se realiza la consolidación del perfil sociodemográfico el cual fue realizado con los datos del año 2018 ya que el Hospital San José de Popayán, conforme a su misión institucional, ha tomado como punto de partida la caracterización de sus usuarios, con el propósito de ofrecer servicios seguros y humanizados; que permitan satisfacer el mayor número de requerimientos en su atención, lograr una participación activa tanto de los usuarios como de sus familiares y retroalimentar la información basados en sus características individuales y colectivas.

Se realizaron 212 encuestas de los siguientes servicios:

QUIRÚRGICAS 1	12
QUIRÚRGICAS 2	12
TRAUMA	11
MEDICINA INTERNA	10
MEDICO QUIRURGICAS 1	10
MEDICO QUIRURGICAS 2	10
PEDIATRÍA	8
CONSULTA EXTERNA	98
GINECOOBSTETRICIA	13

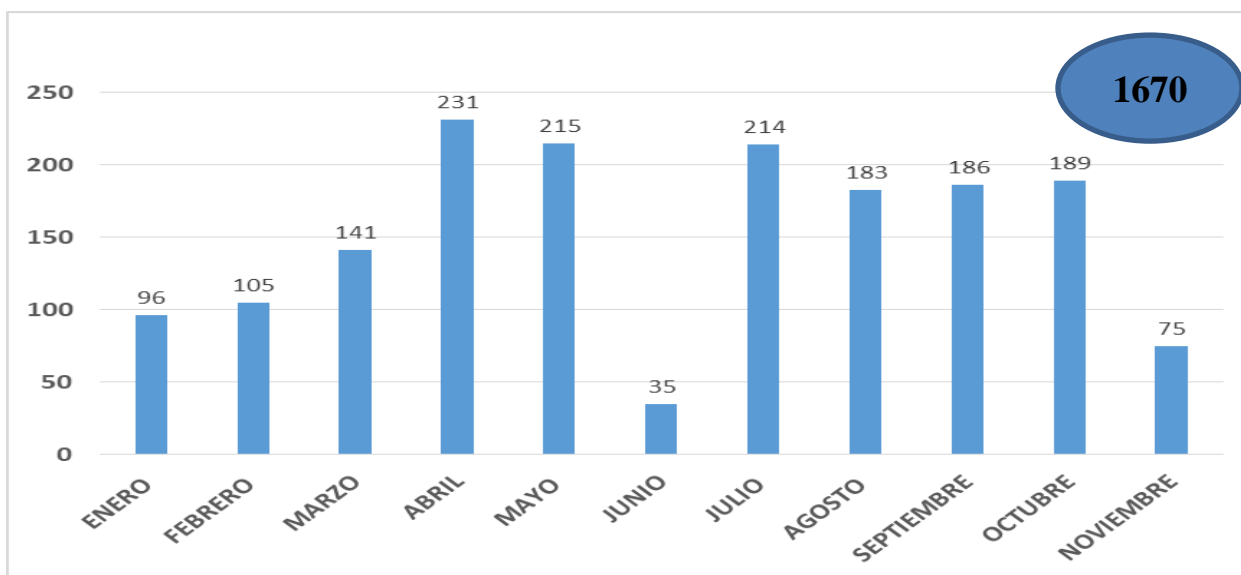


URGENCIAS	28
Total	212

Los resultados obtenidos son importantes para la implementación de estrategias y la intervención de los pacientes y sus familias durante la vigencia. De acuerdo a la información se decide en 2019 fortalecer el lineamiento de USUARIO Y SU FAMILIA INFORMADOS teniendo en cuenta el tipo de población que se atiende en el hospital y la diversidad cultural en la que debe enfocarse la institución.

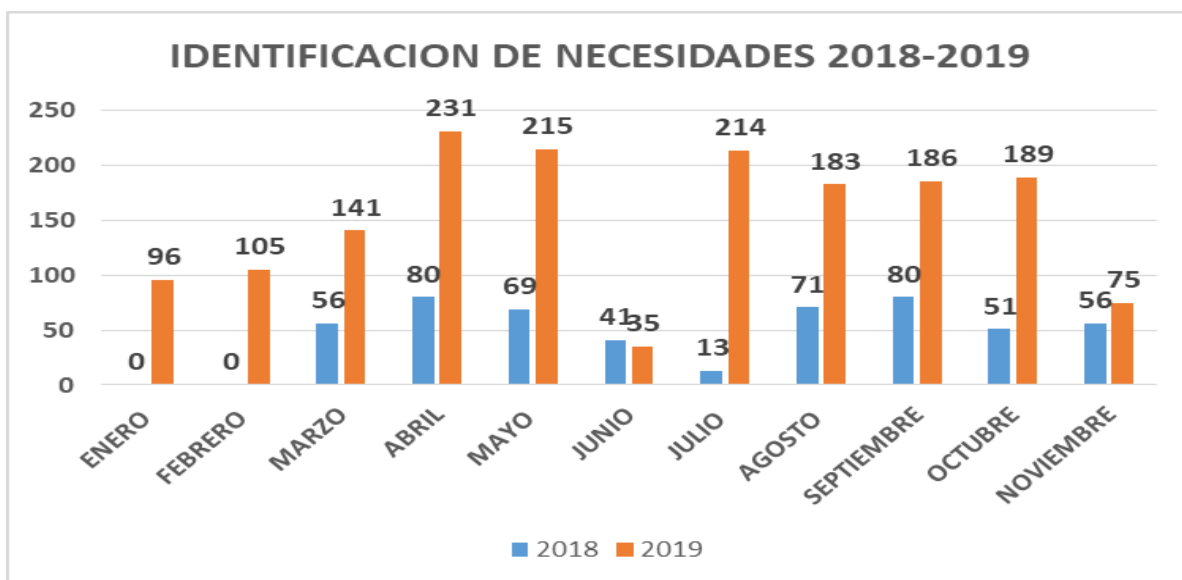
- **Identificación de necesidades**

El equipo de Humanización en el 2019 realiza identificación de necesidades mediante el procedimiento dando respuesta y gestión a 1670 necesidades distribuidas durante el año de la siguiente manera.

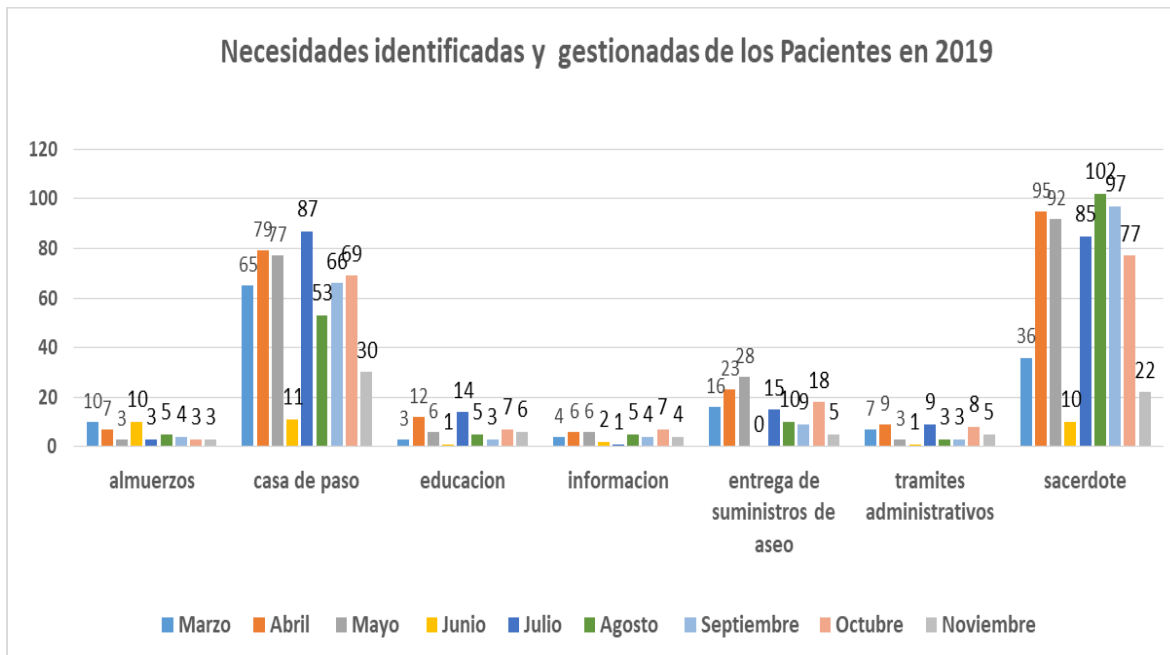


Se observa una disminución significativa en el mes de junio dado la falta del personal que realiza la actividad durante este mes, sin embargo se trabaja de manera constante con los servicios para que dentro de ellos se haga la identificación de las necesidades de los pacientes y la gestión, de manera que la intervención sea permanente y no se vea afectada.

De acuerdo a la comparación realizada a partir de la implementación de la identificación de necesidades desde el año 2018 se evidencia que se ha podido dar más respuesta a las necesidades del paciente y su familia debido a la gestión del proceso de Humanización, el grupo de educación y la gestión interna del personal de los servicios asistenciales.



Estas necesidades son clasificadas de acuerdo a la gestión realizada de la siguiente manera:



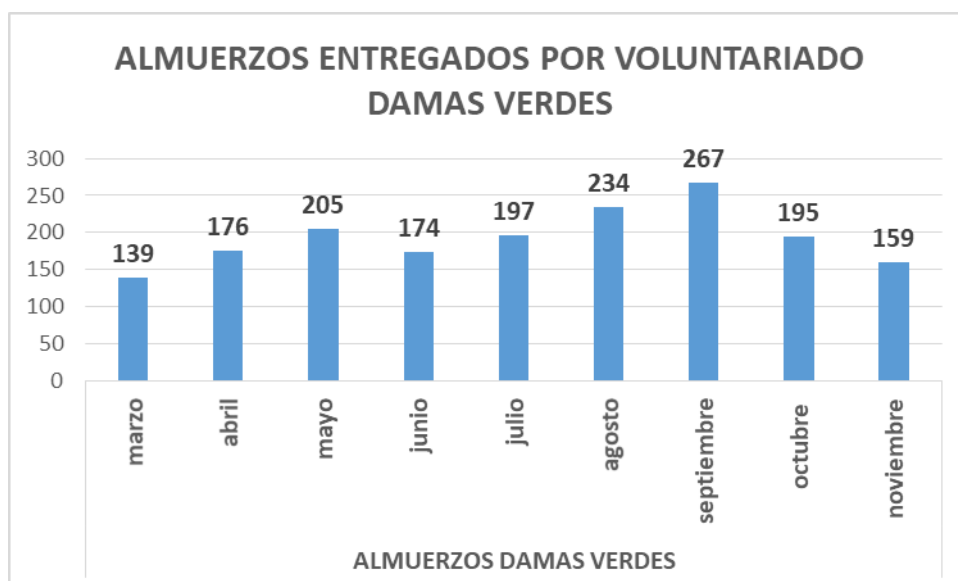


- **Damas verdes**

El voluntariado de damas verdes realiza durante todo el año actividades de ayuda a los pacientes y sus familias que durante su estancia en la institución no cuentan con necesidades básicas de alimentación y vestido.

Es por ello que cuentan con estrategias de entrega de almuerzos a familiares de pacientes:

ALMUERZOS DAMAS VERDES								
<i>marzo</i>	<i>abril</i>	<i>mayo</i>	<i>junio</i>	<i>julio</i>	<i>agosto</i>	<i>septiembre</i>	<i>octubre</i>	<i>noviembre</i>
139	176	205	174	197	234	267	195	159



Durante el año 2019 se realizó entrega de 1746 almuerzos por parte del voluntariado de Damas Verdes, las cuales diariamente identifican las necesidades de los familiares de pacientes de domicilio lejano y de bajos recursos y apoyan con su alimentación contribuyendo así a la Humanización de la atención.

El voluntariado aporta a la institución lo correspondiente a 10.476.000 pesos en alimentación a familiares en 2019, además de ello realizan entrega de kits de aseo a quienes lo solicitan.



- **actividad sonrisas para el alma**

El voluntariado Sonrisas para el alma realiza el segundo viernes de cada mes una actividad lúdica con los niños tipo manualidades y diversión con el fin de apoyar el proceso de Humanización de la atención y realizar actividades de ocupación del tiempo libre.



- **Actividad grados mama canguro**

Se graduaron 25 niños los cuales terminaron su proceso de canguro y realizaron todos los seguimientos y controles pertinentes para obtener un desarrollo físico y mental adecuado.





- **Actividades voluntariado alianza cristiana**

Se realiza con el voluntariado Alianza cristiana una actividad espiritual con las familiares de pacientes hospedadas en la casa de paso



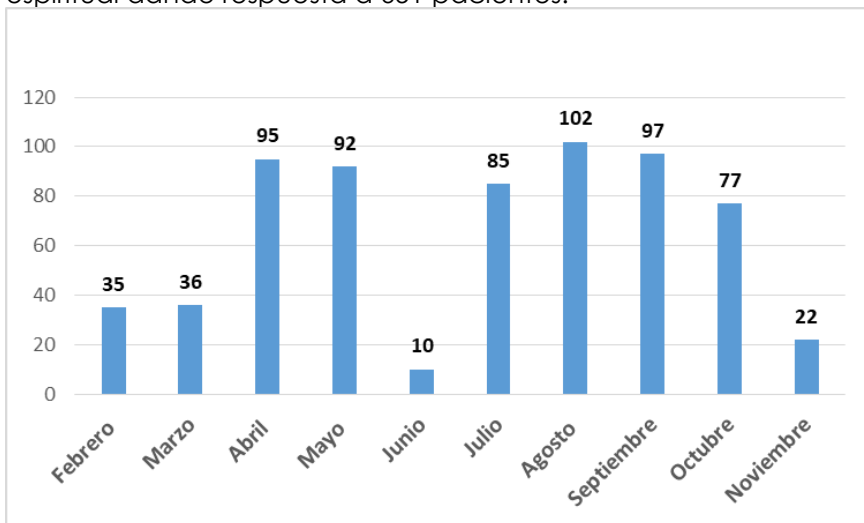
- **Actividad fiesta de la fantasía padrino por un día:** donde los colaboradores del hospital apadrinan un niño hospitalizado y comparten con él un momento especial.





- **Recorrido sacerdote por los servicios**

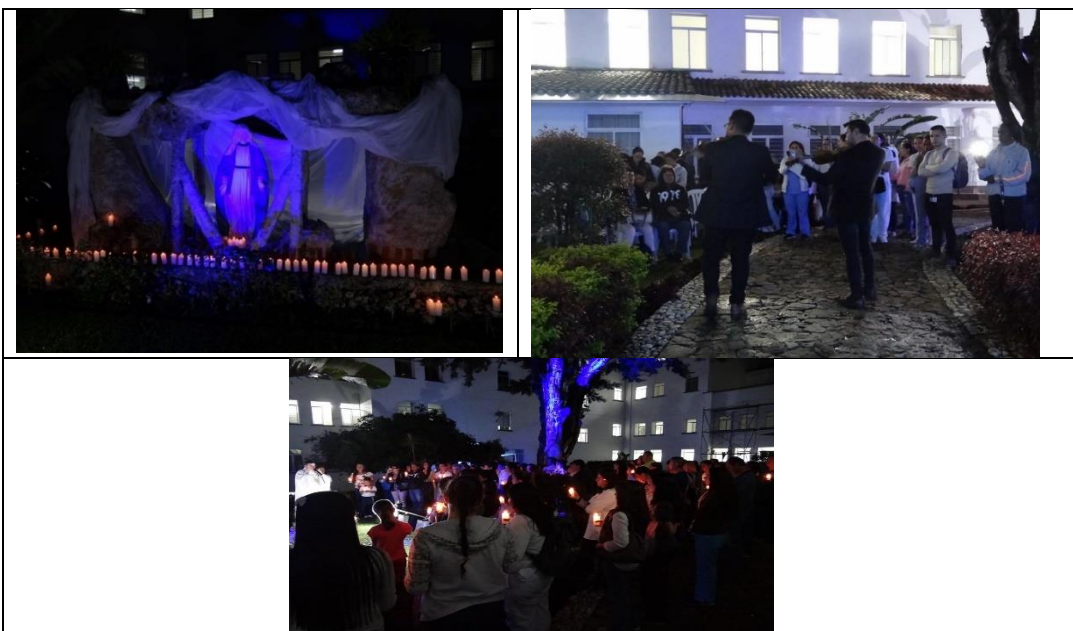
Durante el año 2019 se realizó fortalecimiento del lineamiento de apoyo emocional y espiritual dando respuesta a 651 pacientes.





- **Ágape navideño**

En el marco de la celebración de navidad, el Hospital San José realiza una celebración con los colaboradores y pacientes dando la bienvenida a este tiempo con una bendición a todos los participantes y sus familias y conmemorando el día de la inmaculada concepción. Se realizó bendición a las familias por parte del Sacerdote Ricardo Rivas y posteriormente serenata a la Virgen María





- **Actividad unicomfacauca**

El día 29 de noviembre se realizó actividad lúdica con los estudiantes de Unicomfacauca los cuales brindaron un espacio de entretenimiento a los niños de pediatría salas, quemados pediatría y uci pediatría y entregaron regalos a los pequeños hospitalizados.



Actividad de entrega de regalos jardín infantil fantasías del bosque

El día 12 de diciembre del 2019 el jardín infantil fantasías del bosque realiza entrega de regalos a los niños de pediatría.



Seguridad del paciente

Verificación de las Metas Internacionales de Seguridad Del Paciente

En el IV trimestre se realiza el seguimiento del cumplimiento de los lineamientos de seguridad del paciente a los procesos con menor porcentaje de cumplimiento durante los trimestres anteriores.


	SERVICIOS	RESPONSABLES	FECHA DE REALIZACION
RONDAS DE SEGURIDAD	Internación General Adultos, UCI Adultos, Urgencias Adultos	SEGURIDAD DEL PACIENTE-	Noviembre y diciembre de 2019

Cada uno de los procesos evaluados es informado de los resultados para la implementación de los planes de mejoramiento.

2. AUTORONDAS SERVICIOS ASISTENCIALES

Los servicios asistenciales y de apoyo mensualmente continúan fortaleciendo el cumplimiento de las barreras de seguridad.

CUMPLIMIENTO AUTORONDAS CUARTO TRIMESTRE DE 2019					
PROCESOS	COORDINADOR MEDICO Y LIDER	MES			
		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
URGENCIAS ADULTOS	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
URGENCIAS PEDIATRÍA	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
UCI P	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
NEONATOLOGIA	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
UNIDAD MENTAL	Coordinadores	0%	0%	0%	
	Líderes	100%	100%	100%	
CONSULTA EXTERNA	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	
NEFROLOGÍA	Coordinadores	100%	100%	100%	
SALAS PEDIATRIA	Coordinadores Líderes	100% 100%	100% 100%	100% 100%	



CIRUGIA	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	100%	100%	100%
	Líderes	100%	100%	100%
UCI I-II	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	100%	100%	100%
QUEMADOS	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	100%	100%	100%
GINECOLOGIA SALAS	Coordinadores	100%	100%	0%
	Líderes	100%	100%	100%
SALA PARTOS	Coordinadores	100%	100%	0%
	Líderes	100%	100%	100%
QUIRURGICAS I-II-III	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes		0%	0%
TRAUMATOLOGÍA	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	0%	0%	0%
MEDICOQUIRURGICAS	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	0%	0%	0%
MEDICINA INTERNA I-II	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	0%	0%	0%
UCINT	Coordinadores	100%	100%	100%
	Líderes	100%	100%	100%

Autorondas servicios de apoyo

Durante el IV trimestre del 2019 se realizan las autorondas de los servicios de apoyo.

Cumplimiento IV trimestre 2019 autorondas procesos de apoyo				
Servicio	Líder del proceso	Mes		
		OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Rehabilitación	Líderes del proceso	100%	100%	100%
Oncología	Líderes del proceso	100%	0%	0%
Laboratorio Clínico	Líderes del proceso	100%	100%	100%
Banco de Sangre	Líderes del proceso	100%	100%	100 %
Cardiología	Líderes del proceso	100%	100%	100%
Imagenología	Líderes del proceso	100%	100%	100%
Referencia y Contrareferencia - TAM	Líderes del proceso	100%	100%	100%

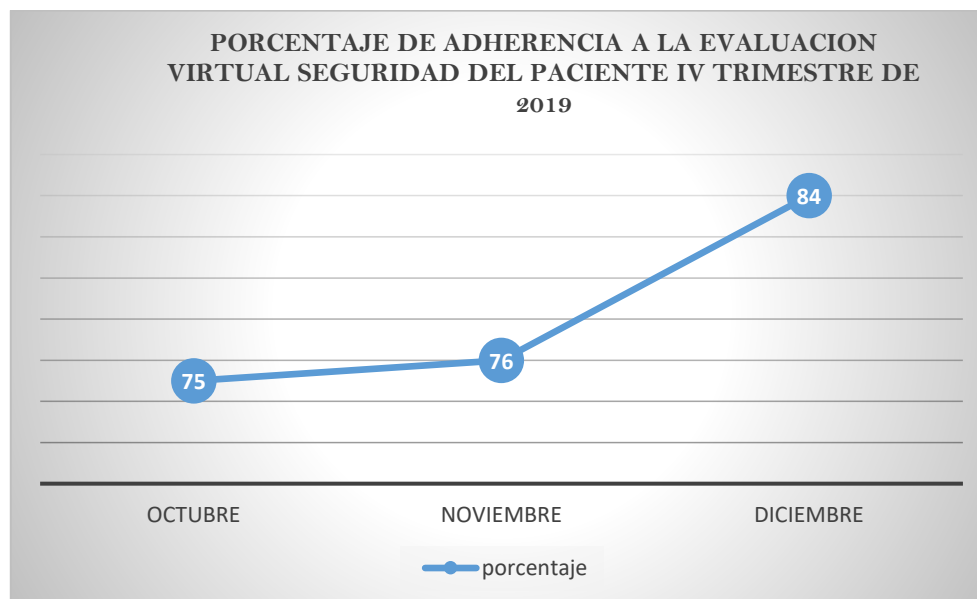
Proceso de capacitación de seguridad del paciente

En el IV trimestre de 2019 se continúa con la socialización y evaluación de los lineamientos de la política de seguridad del paciente: seguridad en el manejo de los hemoderivados, binomio madre hijo, política de seguridad del paciente.

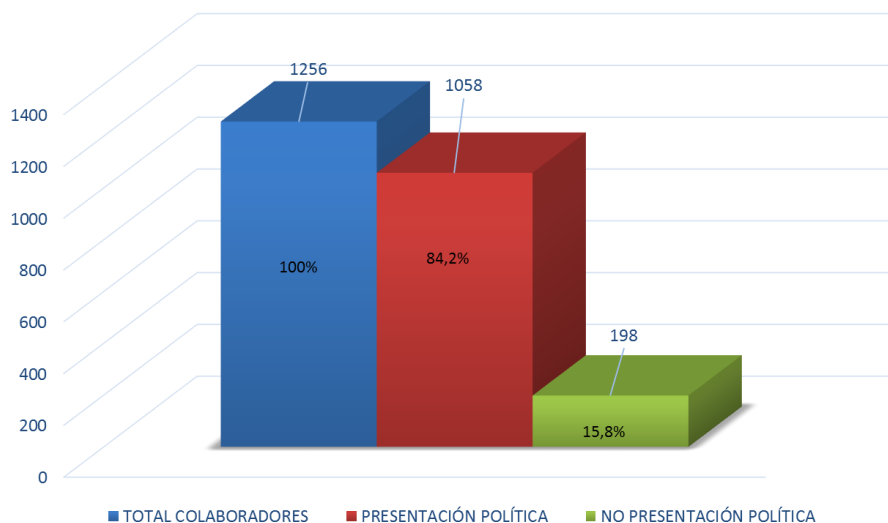
Plataforma virtual E- LEARNING:



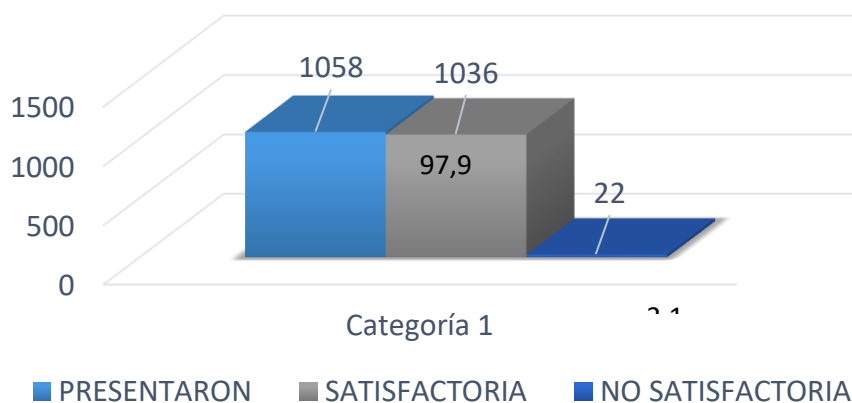
Resultado estrategia educativa en el IV trimestre 2019



EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019



EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019



En el mes de diciembre se realiza plan de mejoramiento con cada uno de los colaboradores que no presentaron la evaluación virtual, quienes debieron realizar la evaluación de manera manual, aumentando el porcentaje de cobertura al **95.3 %**.

IV taller de prácticas seguras

El IV taller de prácticas seguras se dirigió a los colaboradores (todos los perfiles; médicos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y enfermeros) de las unidades de UCI y UCINT,

unidades que se tomaron por presentar un porcentaje bajo de adherencia a los lineamientos de la política de seguridad del paciente, con el fin de reforzar todas las barreras de seguridad. Los temas a tratar fueron: administración segura de medicamentos- Farmacovigilancia, prevención de flebitis, prevención de UPP, prevención de auto retiro- uso seguro de adhesivos, política de seguridad-reporte voluntario, tecnovigilancia- seguridad en el manejo de las BIC.

Se contó con la participación de 81 colaboradores.

Se tuvo el acompañamiento de los laboratorios.

Evidencia fotográfica:

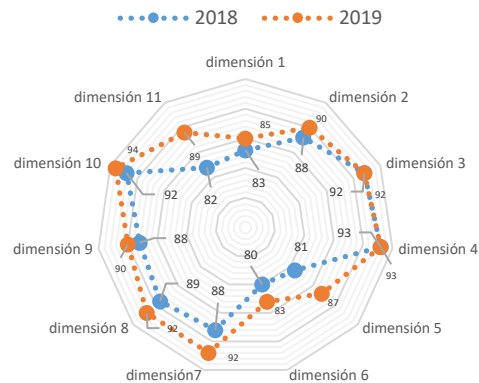


Medición de cultura de seguridad del paciente 2019

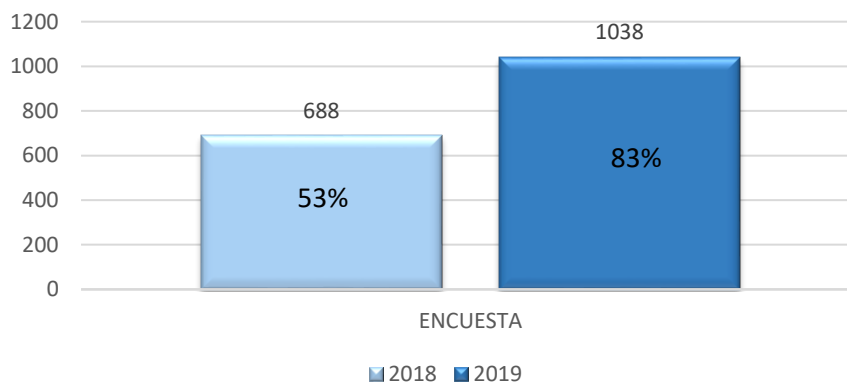
En el mes de diciembre se realiza la medición de la cultura de seguridad del paciente para los colaboradores asistenciales del HUSJ ESE con la participación de 1038 personas correspondientes al 83%.



RESULTADOS COMPARATIVOS ENCUESTA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2018-2019 HUSJ ESE



RESULTADO COMPARATIVO DE ENCUESTA DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HUSJ ESE 2018 - 2019



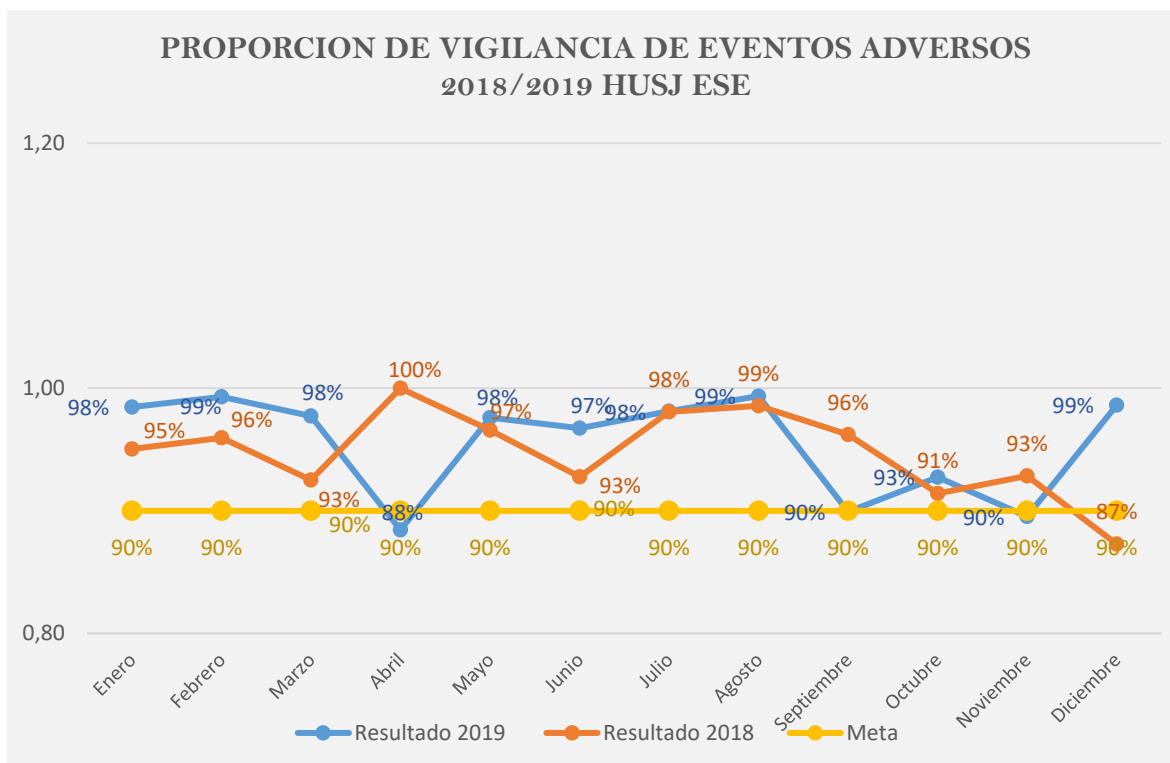
Gestión de eventos adversos:

Se reportaron un total de **559 (100%)** eventos clínicos y se gestionaron un total **521** representan el **93.2 %**. Hasta el momento no se cuenta con líder del proceso de internación general adultos, por lo cual se afecta la gestión y seguimiento de los eventos clínicos.

En el IV trimestre NO se presentaron eventos centinela.



Proporción de vigilancia de eventos adversos 2018/2019:



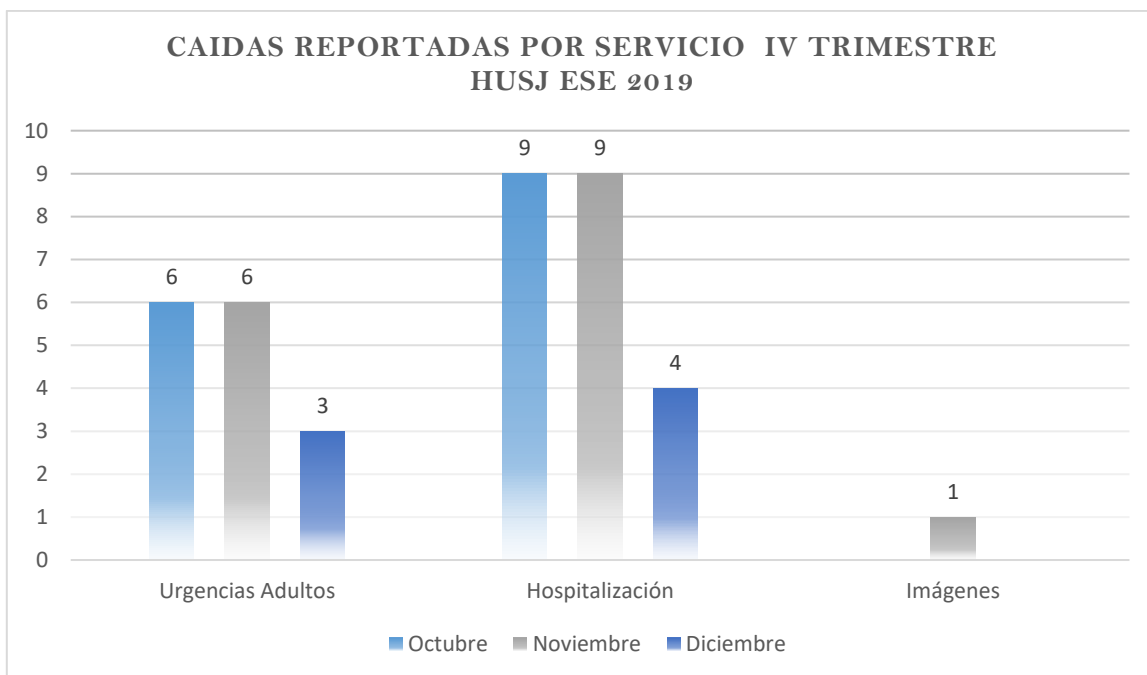
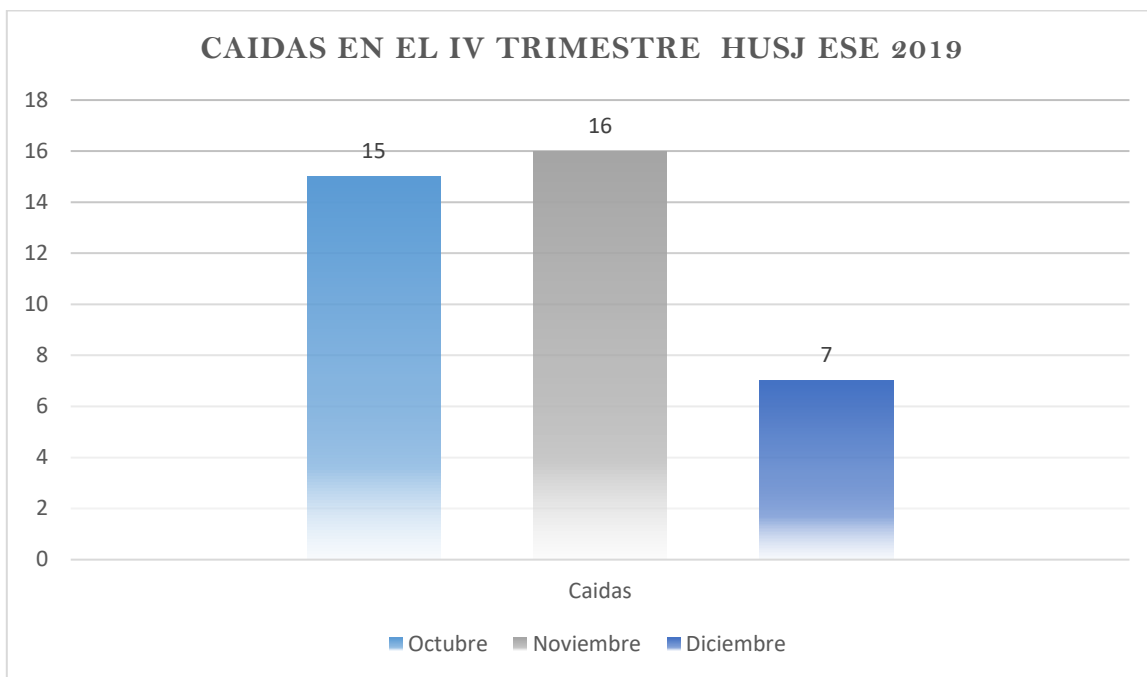
Se observa que la gestión de los eventos clínicos para el año 2019 se encuentra por encima de la meta establecida, gestión realizada de manera oportuna por parte de líderes y coordinadores.

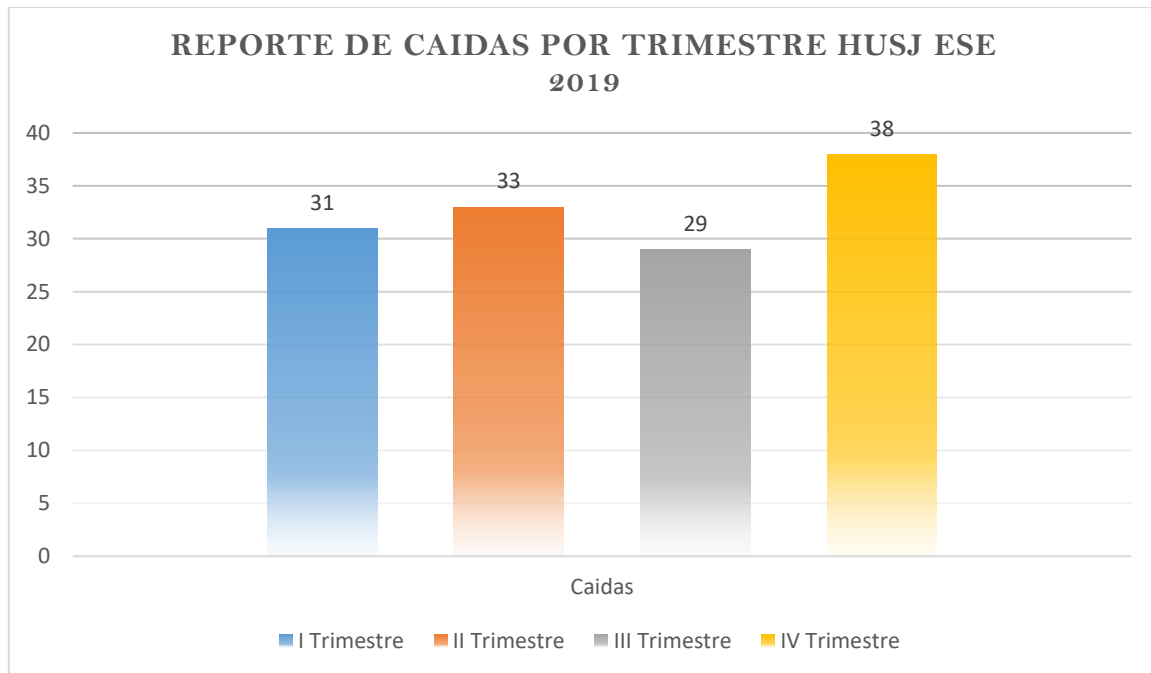
Análisis de los eventos clínicos más frecuentes

A continuación se grafican y analizan los eventos clínicos más frecuentes. Relacionados con los lineamientos de seguridad del paciente.

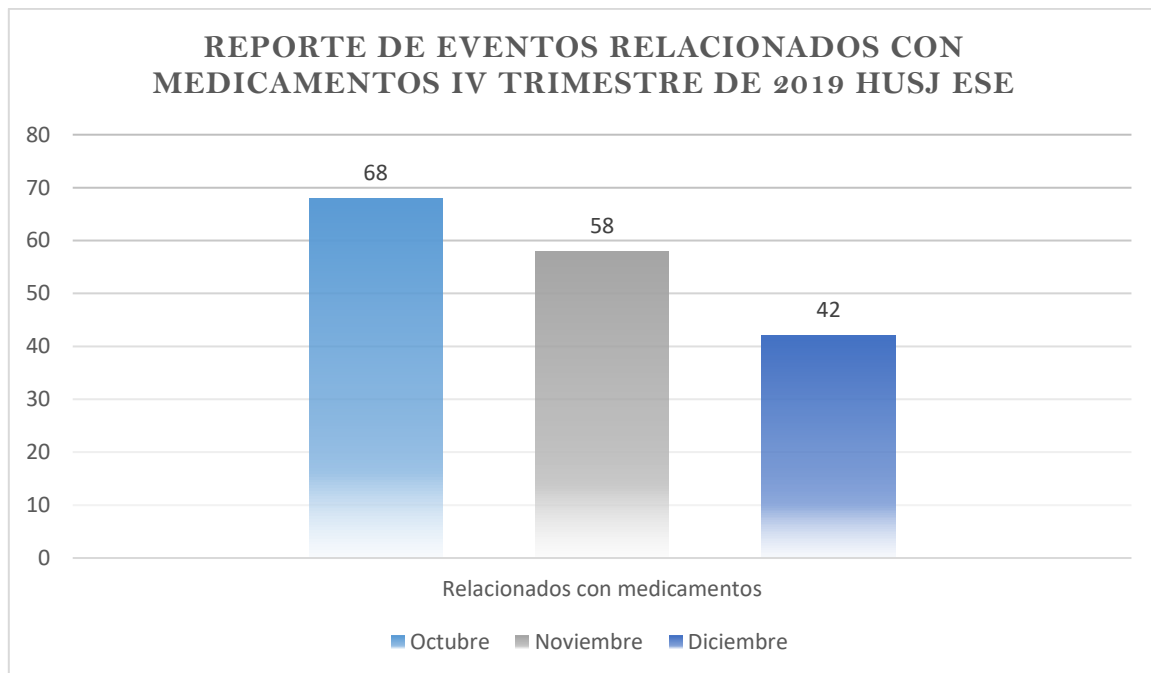


Reporte de caídas IV trimestre HUSJ ESE 2019



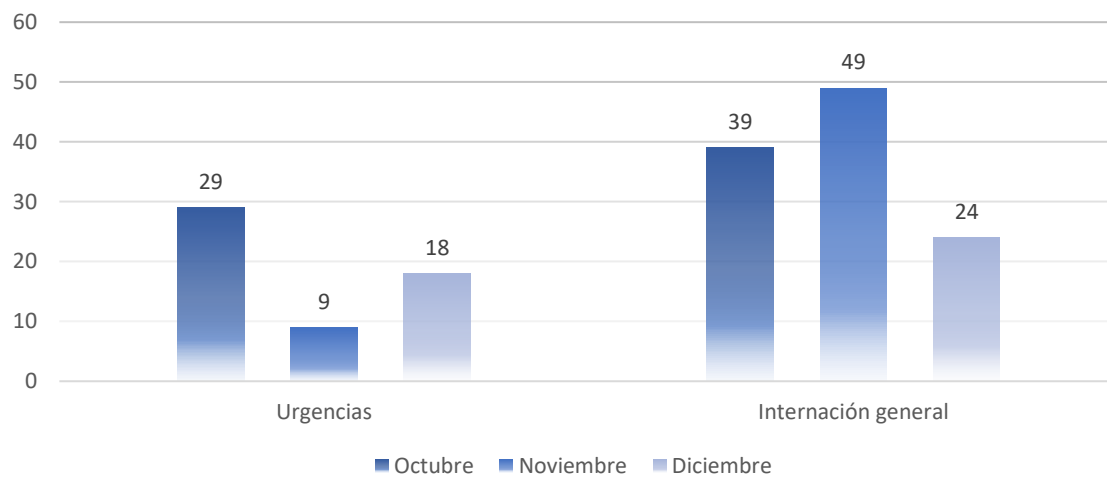


Reporte de eventos relacionados con medicamentos IV trimestre HUSJ ESE 2019

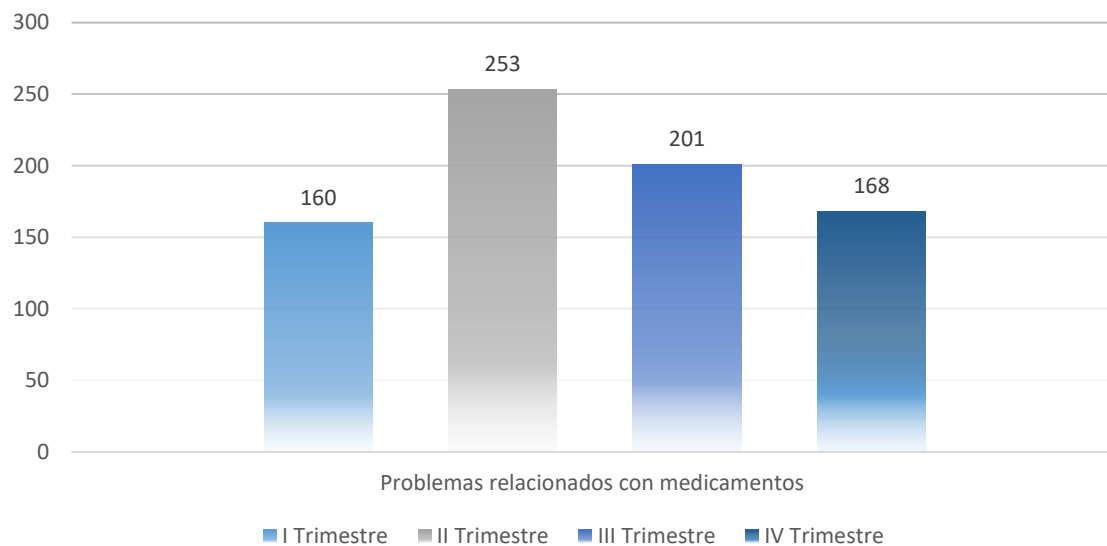




**REPORTE DE EVENTOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS
INTERNACION GENERAL/URGENCIAS IV TRIMESTRE HUSJ
ESE 2019**

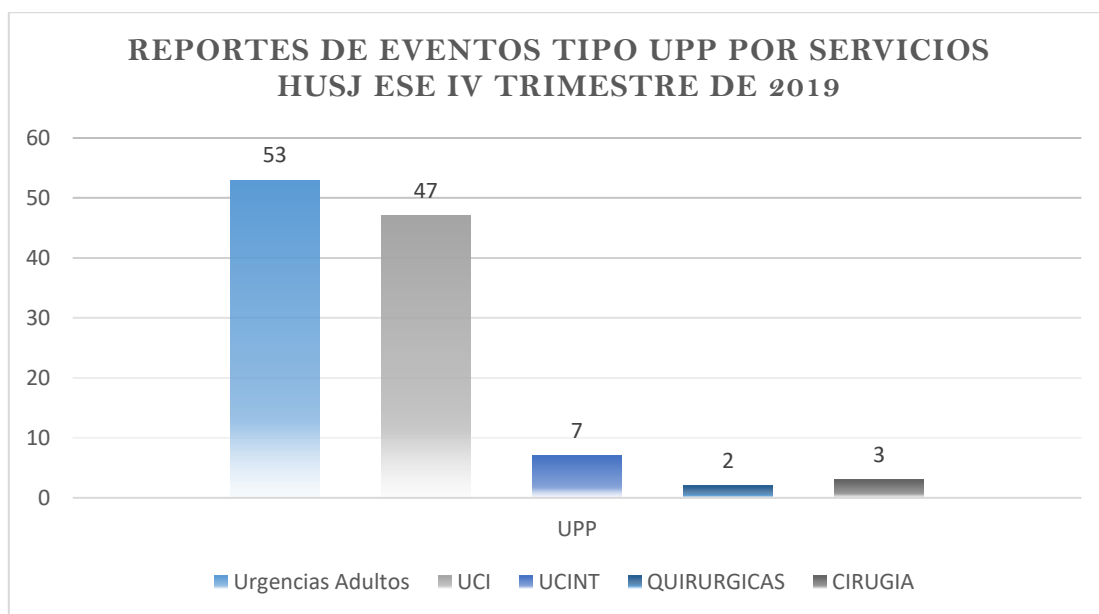
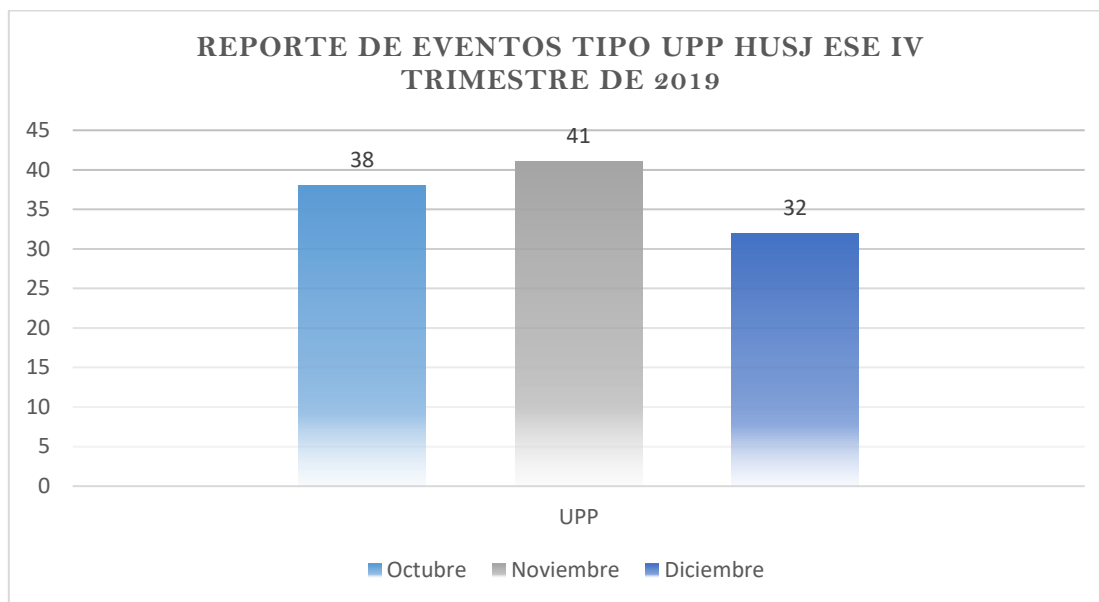


**REPORTE DE EVENTOS RELACIONADOS CON
MEDICAMENTOS HUSJ ESE 2019**





Reporte de úlceras por presión IV trimestre HUSJ ESE 2019



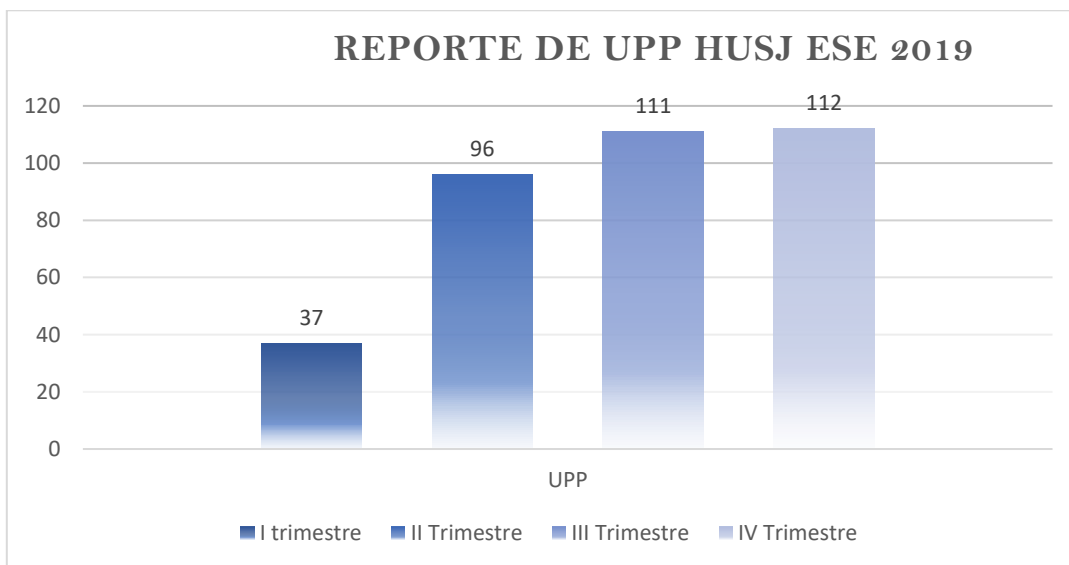
En el IV trimestre se reportaron un total de 112 **UPP**.

Se observa que el servicio de urgencias adultos reporta un total de 53 UPP, teniendo en cuenta que no es un área de hospitalización, sin embargo se observan pacientes con estancia prolongada, debido a múltiples causas, también se observa en el seguimiento por parte de seguridad del paciente la falta de adherencia del equipo asistencial a los cuidados de la piel, cambios de posición, uso de reloj de cambios de posición, lo que puede convertirse en un factor contributivo para la aparición de UPP en este servicio.



En UCI se reportan un total de 47 UPP, en el mes de diciembre se realiza el IV taller de prácticas seguras donde se realiza capacitación en identificación y manejo de las barreras de seguridad para la prevención de las UPP.

Reporte de UPP por trimestre 2019

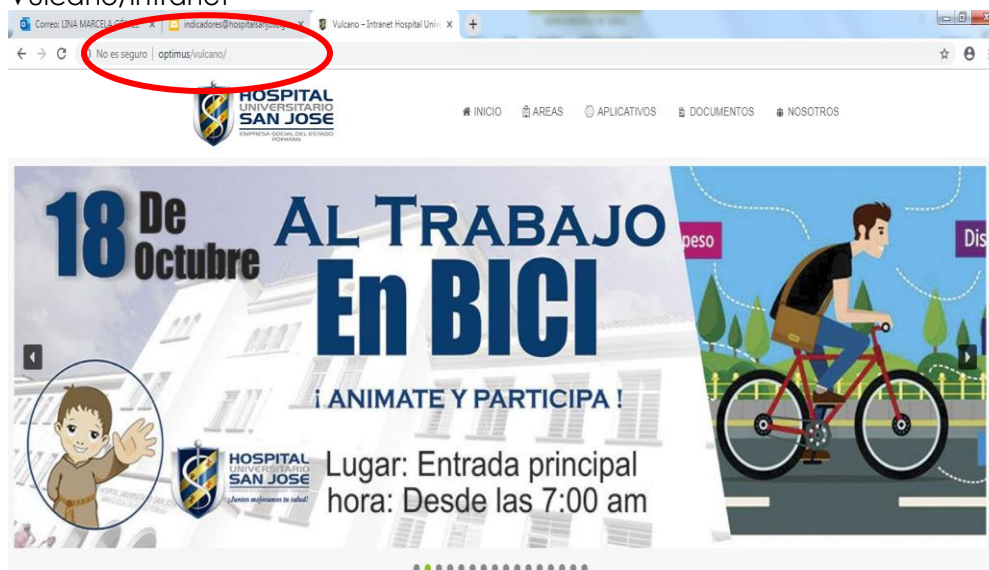


Parametrización de aplicativo DARUMA.

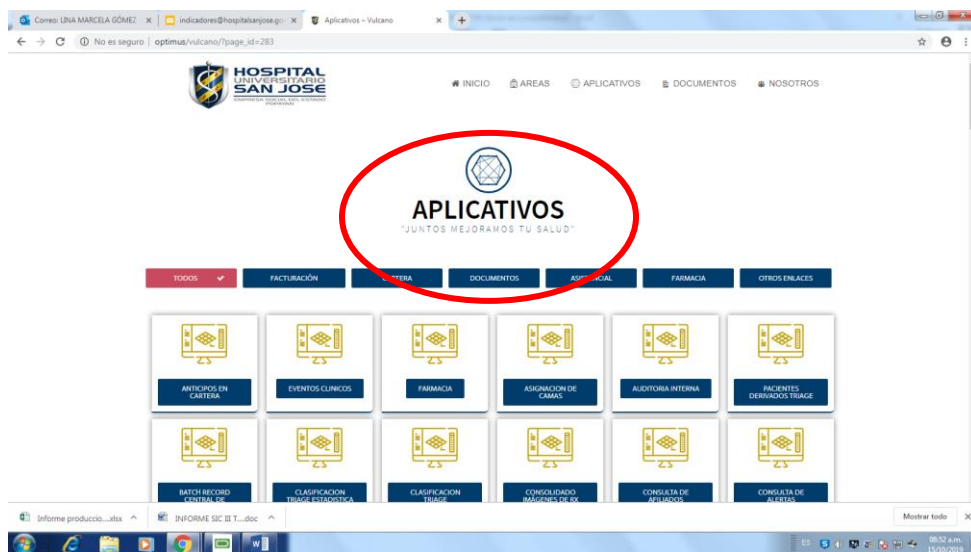
El Hospital Universitario San José de Popayán ESE cuenta con un Sistema de Información para la Calidad, que durante el año 2019 ha venido trabajando para crear diferentes oportunidades de mejora con el fin de obtener datos confiables y veraces para la toma de decisiones, dichas oportunidades de mejora, se relacionan con la adquisición y parametrización de software DARUMA con los indicadores de las resoluciones 0256 de 2016 *"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"* y la resolución 408 de 2018 *"Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones"*

El software se encuentra instalado en la plataforma interna del hospital, a través de la ruta:

Vulcano/intranet

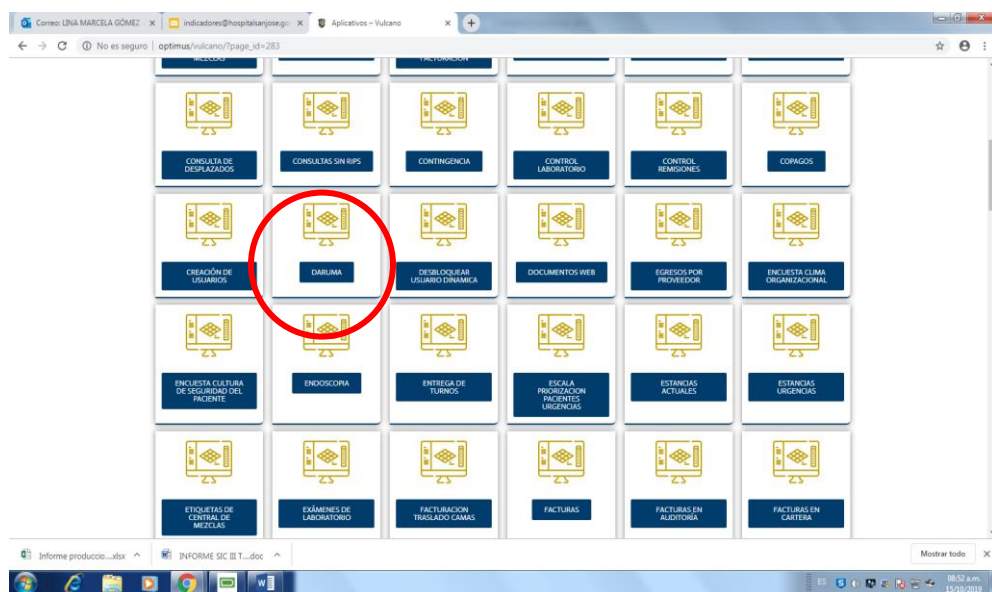


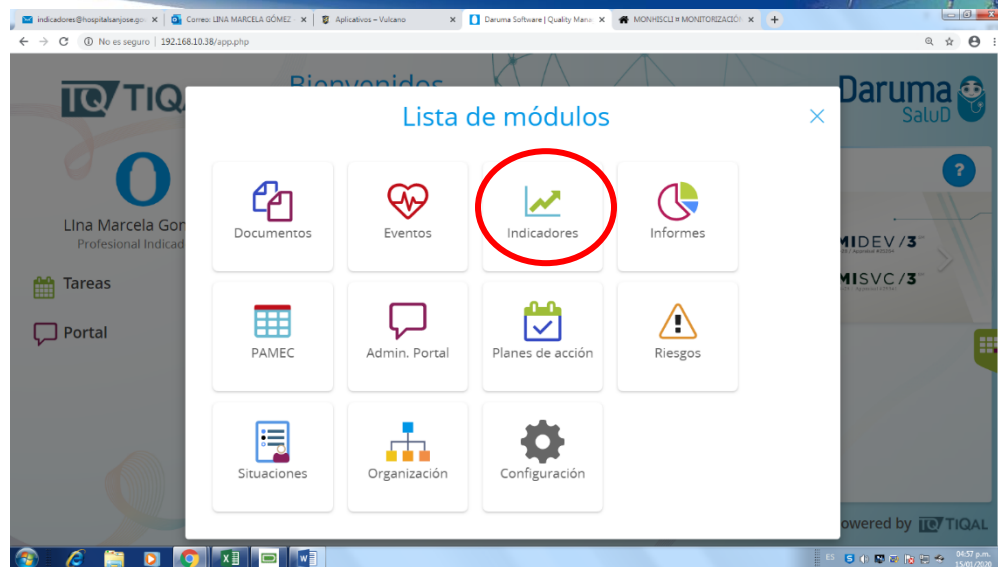
Aplicativos



Daruma.

Se ingresa con el usuario de indicadores





Selecciona el módulo de indicadores, donde se despliega el listado de indicadores con los resultados respectivos.

Id	Tipo	Nombre	Abr	Áreas	Procesos	Tendencia	Meta nominal	Último valor capturado	Valor consolidado
37	N	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	AMH	1	1	↑	90,00	100,00	100,00
40	N	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Primera Causa			↑	80,00	100,00	100,00
39	N	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre en gestantes	Hemorragia	2	1	↑	80,00	100,00	100,00
38	N	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica trastornos hipertensivos en gestantes	Hta Gestantes	2	1	↑	90,00	100,00	100,00
6	N	Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	EDA	2	1	↑	N.A.		
35	N	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanua	neumonia	2	1	↓	N.A.	0,00	0,00
36	N	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	IAM	1	1	↑	90,00	100,00	100,00
34	N	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Apéndice		2	↑	90,00	92,68	92,68
5	N	Proporción de recién nacidos con tamizaje para	Tamizaje	2	1	↑	90,00		

Publicación de indicadores en medios externos.

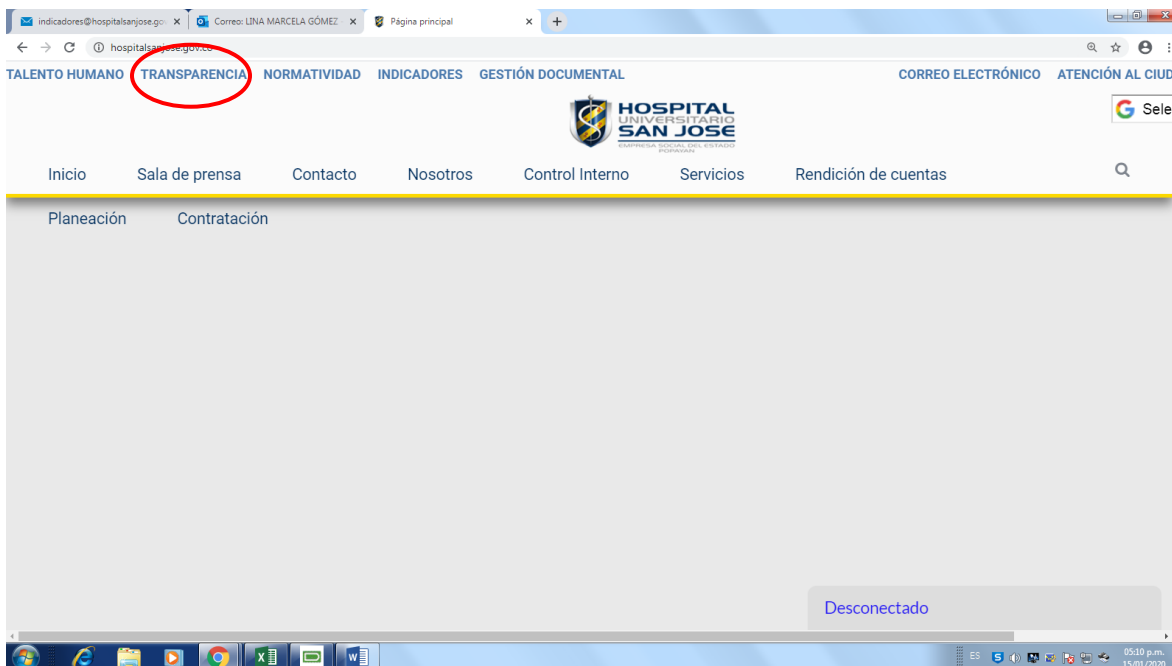
Dentro de las actividades planeadas para el 2019 del sistema de información para la calidad, se consideró necesaria la publicación de indicadores en medios internos y externos.

Se realiza la publicación en la página web del hospital indicadores que miden la calidad del desempeño de la institución, se pueden encontrar a través de la ruta:

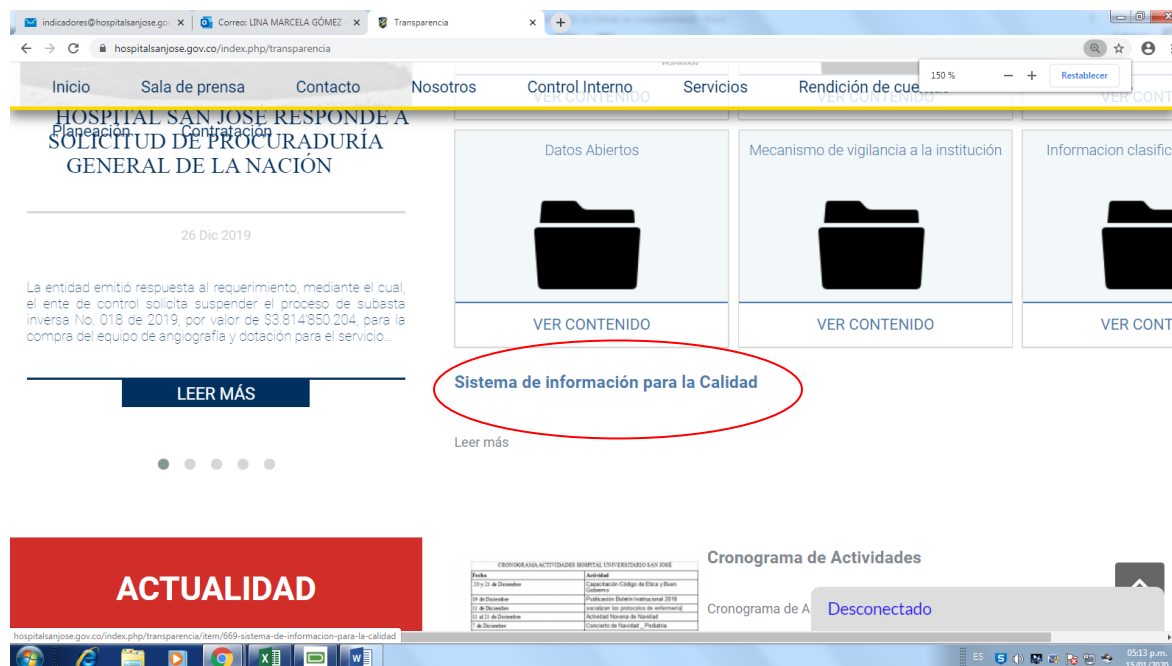
Ingresa a la página web del hospital.

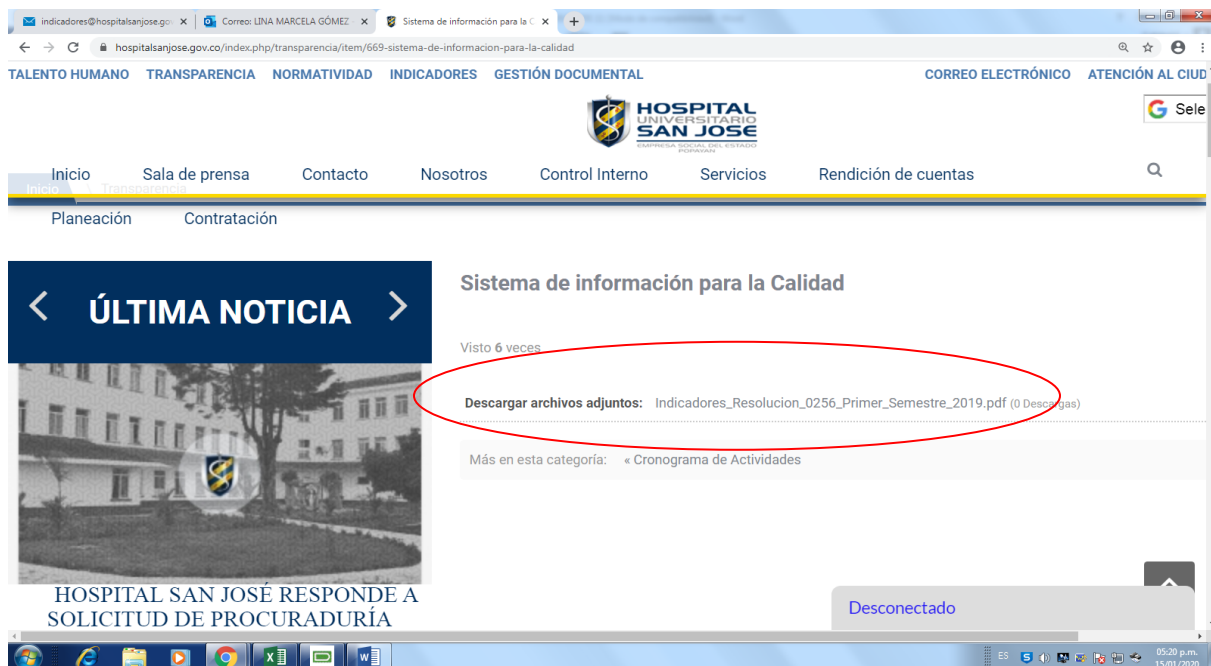
<https://www.hospitalsanjose.gov.co/>

Dar clic en link transparencia.



Seleccionar el link sistema de información para la calidad.





Una vez se da clic en el ítem señalado en la imagen anterior, se descarga un archivo PDF en el que se pueden evidenciar los resultados de los indicadores, dicha actividad se realizara de manera semestral una vez sean cargados los indicadores en la plataforma del ministerio de salud y protección social.

Propuesta donde se indican las acciones que permitirán mejorar el proceso de indicadores institucional.

Durante la vigencia 2019 se evidencian opciones de oportunidades de mejora con el fin de optimizar el proceso para la captura, seguimiento, reporte, análisis socialización y publicación de indicadores de los servicios del hospital.

En las oportunidades de mejora se evidencia que:

- Se cuenta con múltiples fuentes de información.
- Aun se cuenta el con el seguimiento a indicadores en Excel.
- No se cuenta con información de para alimentación de indicadores de manera oportuna.
- Carencia de análisis de indicadores.

Por tal motivo se generan propuestas como.

- Posibilidad de realizar enlace de dinámica gerencial con aplicativo DARUMA, teniendo en cuenta que los indicadores mayormente salen del aplicativo DGH principalmente, de tal manera que los indicadores se puedan consultar en todo momento y estén disponibles.



- Unificar las fuentes de información, de tal manera que se realice el reporte de los indicadores desde una sola fuente.
- Realizar socialización a coordinadores de la manera adecuada de realizar análisis de indicadores con el fin de publicar los indicadores de manera oportuna y con análisis fáciles de entender por todo el personal.

Porcentaje de cumplimiento de metas de indicadores por servicio año 2019.

Servicio	% De cumplimiento
Consulta externa	89%
Cuidados Intensivos	92%
Endoscopia	80%
Imágenes	100%
Laboratorio	90%
Medicas	90%
Neonatos	94%
Patología	100%
Cirugía	88%
Farmacia	81.8%
Siau	100%
Traumatología	78%
Urgencias	82%
Unidad Mental	86%
Quirúrgicas	90%
Banco de Sangre	77%
Central de Esterilización	90%


Se evidencia el compromiso por parte de los coordinadores de los servicios asistenciales con el seguimiento a los indicadores, teniendo en cuenta que la mayoría de esto cumplen las metas establecidas mayor al 80% sin embargo el servicio de banco de sangre que cuenta con cumplimiento del 77% evidencia planes de acción y mejoramiento en los indicadores, cuenta con 3 indicadores de 13 que no cumplen con la meta establecida.

Informe de seguimiento a acciones de mejora del análisis de los indicadores:

Indicadores Asistenciales.

Proceso	Reporte de Análisis	Análisis de Indicadores	Evidencia Plan de Mejora de Indicadores
Banco de Sangre	cumple	cumple	Presenta Registro de llamadas, informe de mejoramiento y acta de socializaciones al equipo.


Cirugía	cumple	cumple	Presenta acta de compromiso
Cardiología	cumple	cumple	No aplica debido a cumplimiento de indicador
Endoscopia	cumple	cumple	Presenta acta de compromiso y solicitud de insumos
Central de Esterilización	cumple	cumple	Se evidencian actas de socialización y la solicitud de reparación de incubadora.
consulta externa	cumple	cumple	Se realiza reunión con el equipo de citas médicas con el fin de socializar la importancia de la oportunidad en asignación de citas de primera vez
Epidemiología	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	No presenta evidencias de planes de mejora de los indicadores reportados con incumplimiento de metas.
Imágenes diagnósticas / Patología	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	No Presenta Reporte de indicadores IV trimestre	N/a. por cumplimiento de indicadores.
Internación general Adultos	cumple	cumple	Presenta soportes de actividades realizadas con el equipo con el fin de mejorar los indicadores.
Laboratorio clínico	cumple	cumple	Presenta acta de socialización con acción de mejora.
nefrología	cumple	cumple	N/a. por cumplimiento de indicadores.
Mama canguro	No	No	N/a, no presenta indicadores.
neonatos	cumple	cumple	A tercer trimestre no aplica planes de mejora
Pediatría	cumple	cumple	A tercer trimestre no aplica planes de mejora
Prevención y control de infecciones	cumple	cumple	Al mes de noviembre no se evidencia entrega de evidencias de planes de mejora.
Quemados Pediátricos	cumple	cumple	Se evidencia acta de socialización de portafolio de servicios de pediatría
Referencia y contra referencia	cumple	cumple	presenta reporte de demoras de tramites de remisión a entes de control



Servicio Farmacéutico	cumple	cumple	No se cuenta con evidencia
SIAU	cumple	cumple	n.a por cumplimiento de indicadores.
UCI adultos	cumple	cumple	presenta actas e implementación de estrategias a tercer trimestre 2019,
UCI pediátrica.	cumple	cumple	Se evidencia acta de socialización de portafolio de servicios de pediatría.
UCINT adultos	cumple	cumple	Presenta acta de socialización incluye compromisos.
Urgencias adultos	cumple	cumple	No presenta evidencias de planes de mejora de los indicadores reportados con incumplimiento de metas.
Urgencias ginecobstetricia	cumple	cumple	No presenta evidencias de planes de mejora de los indicadores reportados con incumplimiento de metas.
Urgencias Pediátricas	cumple	cumple	No presenta evidencias de planes de mejora de los indicadores reportados con incumplimiento de metas.
Unidad Mental	cumple	cumple	n/a tercer trimestre 2019

Indicadores Administrativos:

Proceso	Reporte de Análisis	Análisis de Indicadores	Evidencia Plan de Mejora de Indicadores
Almacén	Realiza formulación de indicadores		
Archivo	No	No	n/a
Auditoría de Cuentas	Ok	Ok	n/a debido a cumplimiento de metas
Aseguramiento de la Calidad	Ok	Ok	n/a
Cartera	Ok	Ok	n/a
Comunicaciones	No diligenciados	No	No
Contabilidad	Ok	Ok	n/a
Control Interno	No	No	No
Control Disciplinario Interno	No	No	No
Costos	No	No	No



Economato	Ok	Ok	n/a
Estadística	No	No	No
Ética legal y Bioética	No	No	No
Facturación	Ok	Ok	n/a debido a cumplimiento de metas
Jurídica	Ok	Ok	n/a
Gestión de Infraestructura	No	No	No
Ingeniería Biomédica	Ok	Ok	n/a
Tesorería	Ok	Ok	n/a
Planeación	Ok	Ok	No
Presupuesto	Ok	Ok	Ok
Sistemas	Ok	Ok	No
Talento Humano	Ok	Ok	n/a por cumplimiento de metas



JESSICA LIZETH VALENCIA R.

Coordinadora Aseguramiento de la calidad