

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

PAMEC 2018.



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
GERENTE

2018.

EQUIPO DIRECTIVO

Dra. Lyda Marcela Pérez Ramírez
Gerente

Dr. Carlos Alberto Canaria Cardozo
Subgerente Administrativo y Financiero

Dr. Luis Alejandro Funeme González
Subgerente Servicios de Salud.

Dr. Henry Mauricio Corredor Camargo
Asesor Desarrollo de Servicios

Dra. Luz Dary Guerrero
Asesora de Control Interno

INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA IPS

La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, es un hospital que presta servicios de salud con atención médica especializada de III y IV nivel de complejidad en el Departamento de Boyacá, constituyéndose como centro de referencia no solo del departamento, sino de los departamentos circunvecinos. Es una entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera.

Cuenta con servicio de Urgencias, Consulta externa especializada y apoyo diagnóstico (Imagenología, radiología intervencionista, laboratorio clínico, Patología, Gastroenterología y Cardiología) Hospitalización General Adultos y Pediátrica, además UCI Adultos, Pediátrica y Neonatal.

Cuenta con recurso humano calificado para la prestación de servicios tanto asistenciales como administrativos basados en políticas de humanización y seguridad a todos los pacientes y sus familias.

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

"Somos una Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, con vocación docente, investigativa y amigable con el medio ambiente, trabajamos con estándares de acreditación y eficiencia, para brindar atención integral con calidad y calidez humana, garantizando la seguridad al paciente y su familia. Contamos con talento humano comprometido, motivado e idóneo, con el apoyo de tecnología avanzada generando confianza, desarrollo, calidad de vida y responsabilidad social a nuestra sociedad".

VISIÓN

"En el año 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael Tunja será un Hospital universitario líder, con excelencia en la prestación de servicios de salud acreditados, con reconocimiento nacional e internacional".

LINEAS Y OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Líneas estratégicas

- Fortalecer estrategias para asegurar la integralidad de la atención
- Fortalecer el enfoque de riesgo clínico desde todos los procesos de atención.
- Fortalecer la evaluación de competencias y desempeño a todo el personal de la institución, buscando consolidar la cultura de calidad y servicio
- Mejorar la integralidad de los procesos administrativos y asistenciales
- Mejorar la integración de los procesos clínicos con la gestión de su tecnología y su sistema de información
- Desarrollar estrategias para promover la comunicación y dialogo permanente.
- Fortalecer estrategias de responsabilidad social y conservación del medio ambiente.

Objetivos Estratégicos

- Asegurar y aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en la prestación del servicio.
- Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia.
- Fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno y con vocación de servicio.
- Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.
- Impactar en la transformación cultural y gestión del conocimiento.
- Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.

PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

Respeto: Garantizamos a todas las personas un trato digno, cordial y humanizado, sin discriminación alguna. Correspondemos a la confianza que en nosotros se ha depositado para cumplir adecuadamente la misión y la función social del hospital

Calidad: Prestamos servicios de salud accesibles, oportunos, pertinentes y continuos, con enfoque de seguridad y humanización, centrados en el paciente y su familia.

Responsabilidad: Asumimos el compromiso de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes en cada una de nuestras actuaciones y las consecuencias que de ello se deriven.

Compromiso: Ir más allá del simple deber, desempeño y cumplimiento eficaz de nuestras funciones. Ser parte de nuestra institución, identificar y querer lo que hacemos.

Honestidad: Nos caracterizamos por una conducta íntegra, ética y transparente que propenda por el bienestar social sobreponiendo el interés general al particular.

Transparencia: Obrar, actuar, siempre con claridad, no tener nada que ocultar.

Tolerancia: Respetar y tener consideración hacia las maneras de pensar, actuar y sentir de los demás, aunque estas sean diferentes a las nuestras, sin prejuicio de los derechos y deberes que nos asisten.

Equidad: Actuar de acuerdo con los principios que rige la justa distribución del cuidado de la salud.

Liderazgo: Somos líderes en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, implementamos acciones que promueven el mejoramiento de la atención en salud en la región.

Confidencialidad: Respeto a la información reservada o secreta de los seres humanos que no deben o no pueden ser difundidos en público o transmitidos a terceros, sin consentimiento del interesado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios y su familia mediante estrategias de mejoramiento continuo y sostenido, desarrollando procesos de auditoría, que permitan comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, logrando la satisfacción de nuestros usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Fortalecer los procesos de mejoramiento de la calidad de la institución y asegurar su trazabilidad.

Identificar los procesos a intervenir a través de la priorización de los estándares, de acuerdo a los resultados de la autoevaluación.

Convertirse en un instrumento de evaluación y monitoreo permanente, que contribuya a garantizar la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo, para las oportunidades de mejora priorizadas definidas por cada grupo de estándares.

Realizar seguimiento y medición al impacto de las estrategias implementadas en el proceso de atención.

ALCANCE DEL PAMEC.

El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad en este PAMEC es la preparación para la acreditación.

PERIODO DE IMPLEMENTACION DEL PAMEC

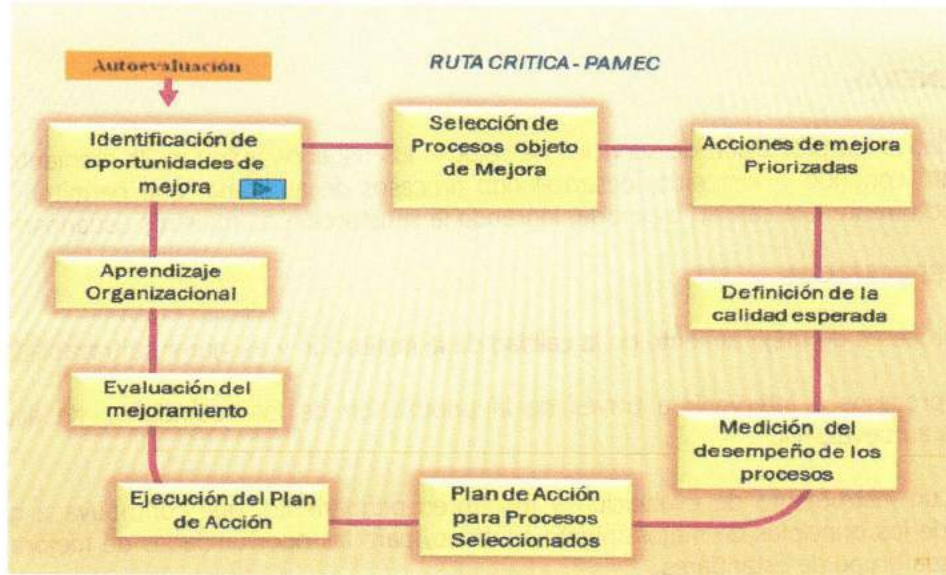
El periodo de implementación del Programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad se establecerá a partir del mes de febrero al mes de diciembre del año 2018.

PROPOSITO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El propósito del Mejoramiento de la calidad para la institución es fortalecer gestión del riesgo del proceso de atención en salud, incrementar la eficiencia en la utilización de recursos institucionales impactando favorablemente en la satisfacción de los usuarios.

1. GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN POR GRUPOS DE ESTANDARES

El enfoque establecido por la institución dentro de esta ruta crítica del PAMEC, es el del Sistema Único de Acreditación. La autoevaluación se desarrolla según lo definido en la hoja radar en cada una de sus dimensiones enfoque, implementación y resultado, conforme a lo establecido en la Resolución 2082 de 2014, siguiendo lo establecido en la ruta crítica de acreditación.



La autoevaluación interna ayuda a la organización a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistémico, sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos. Con un uso y una ejecución adecuados, la evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución mediante las oportunidades de mejora planteadas.

1.1 Conformación de equipos de autoevaluación por grupos de estándares.

Nº	ESTÁNDAR DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	ROL
1	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	LIDER
2	LABORATORIO CLINICO	SECRETARIO
3	COORDINADORA DE ENFERMERIA	INTEGRANTE
4	COORDINADOR DE URGENCIAS	INTEGRANTE
5	COORDINADOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	INTEGRANTE
6	COORDINADORA DE CLINICAS MÉDICAS	INTEGRANTE
7	COORDINADOR DE SALAS DE CIRUGIA	INTEGRANTE
8	COORDINADORA DE FARMACIA	INTEGRANTE
9	COORDINADORA DE EPIDEMIOLOGIA	INTEGRANTE

10	COORDINADOR GESTIÓN ACADEMICA	INVITADO
11	AUDITOR MEDICO CALIDAD	CALIDAD
12	MEDICO ESPECIALISTA	INVITADO
13	COORDINADOR DE PATOLOGIA	INTEGRANTE
14	COORDINADOR DE FACTURACION	INVITADA
15	MEDICO HOSPITALARIO	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	PERFIL
1	INTERVENTORA DE TALENTO HUMANO	LIDER
2	TECNICO TALENTO HUMANO	SECRETARIA
3	PROFESIONAL TALENTO HUMANO	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	INTEGRANTE
5	INTERVENTORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INTEGRANTE
6	COORDINADOR GESTIÓN ACADEMICA	INVITADO
7	PLANEACIÓN	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	PERFIL
1	INTERVENTORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	LIDER
2	PROFESIONAL GESTION AMBIENTAL	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	INTEGRANTE
4	COORDINADOR DE URGENCIAS	INTEGRANTE
5	INTERVENTORA	INVITADO
6	COORDINADOR SIAU	INVITADO
7	COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA	INVITADO
8	PLANEACIÓN	INVITADO
9	PROFESIONAL DE APOYO SISTEMA DE GESTIÓN	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	PERFIL
1	INGENIERA BIOMEDICA	LIDER
2	QUIMICO FARMACEUTICO	SECRETARIO
3	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO	INVITADO
4	COMITÉ DE INFECCIONES	INVITADO
5	AUDITOR MEDICO	INVITADO
6	LIDER ALMACEN Y SUMINISTROS	INVITADO
7	COORDINADOR DE CONTRATACIÓN	INVITADO
8	LIDER PROCESOS	INVITADO
9	PLANEACIÓN	INVITADO

Nº	ESTANDAR DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	PERFIL
1	COORDINADOR DE SISTEMAS	LIDER
2	COORDINADORA GESTION DOCUMENTAL	SECRETARIA
3	COORDINADORA ATENCION AL USUARIO	INTEGRANTE
4	PROFESIONAL COMUNICACIONES	INTEGRANTE
5	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	INTEGRANTE
6	AUDITOR MEDICO CALIDAD	INVITADO
7	COORDINADOR DE FACTURACION	INVITADO
8	MEDICO EPIDEMIOLOGO	INVITADO
9	ADMINISTRADOR SISTEMA DE INFORMACION DARUMA	INVITADO

Nº	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	PERFIL
1	GERENTE	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	INTEGRANTE
5	ASESOR DE CONTROL INTERNO	INVITADO
6	PLANEACIÓN	INTEGRANTE

Nº	ESTANDARES DE GERENCIA	PERFIL
1	GERENTE	LIDER
2	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	SECRETARIO
3	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	INTEGRANTE
4	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	INTEGRANTE

Nº	ESTANDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	PERFIL
1	LIDER PAMEC-ACREDITACIÓN	SECRETARIO
2	AUDITOR MEDICO CALIDAD	INTEGRANTE
3	AUDITOR MEDICO CALIDAD	INTEGRANTE
4	AUDITOR MEDICO CALIDAD	INTEGRANTE
5	PLANEACIÓN	INTEGRANTE
6	PROFESIONAL DE APOYO SISTEMA DE GESTIÓN	INVITADO
7	LIDER PROCESOS	INTEGRANTE
8	ADMINISTRADOR SISTEMA DE INFORMACION DARUMA	INVITADO
9	ASESOR DESARROLLO DE SERVICIOS	LIDER

1.2 METODOLOGIA DE AUTOEVALUACIÓN CON ESTANDARES DEL SUA

La metodología a seguir está basada en la Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de Protección Social. Se empleó la hoja radar y se autoevaluaron los 136 estándares de los grupos y subgrupos de estándares.

1.3 FORMATOS EMPLEADOS PARA LA REALIZACION DE LA AUTOEVALUACIÓN

- Ver Anexo No 1 Autoevaluación Cliente asistencial
- Ver Anexo No 2 Autoevaluación Direccionamiento
- Ver Anexo No 3 Autoevaluación Gerencia.
- Ver Anexo No 4 Autoevaluación Gerencia del Talento Humano
- Ver Anexo No 5 Autoevaluación Gerencia del Ambiente Físico
- Ver Anexo No 6 Autoevaluación Gestión de la Tecnología
- Ver Anexo No 7 Autoevaluación Gerencia de la Información
- Ver Anexo No 8 Autoevaluación Mejoramiento de la Calidad.

1.4 RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DEL SUA

Durante el mes de diciembre del año 2017 los diferentes equipos de autoevaluación con su respectivo líder realizaron la autoevaluación de los estándares de acreditación con los siguientes resultados:

Se obtuvo una calificación de 2.39 para el año 2017, la cual fue discriminada por estándares según se muestra en el siguiente cuadro de Autoevaluación.

GRUPO DE ESTANDARES	Año 2017
CLIENTE ASISTENCIAL	2.24
DIRECCIONAMIENTO	2.50
GERENCIA	2.50
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	2.23
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	2.43
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	2.65
GERENCIA DE LA INFORMACION	2.24
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2.34
RESULTADO AUTOEVALUACIÓN	2.39

Fuente: Oficina de calidad.

1.5 HISTORICO DE LA AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN.

La institución ha presentado avances importantes y de crecimiento institucional en materia de acreditación como se muestra a continuación:

GRUPO DE ESTANDARES	HISTORICO AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN					
	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	Año 2016	Año 2017
CLIENTE ASISTENCIAL	1	1,45	1,9	2,33	2,08	2,24
DIRECCIONAMIENTO	2	2,17	2,5	3,08	2,40	2,50
GERENCIA	2	2,20	2,5	3,01	2,27	2,50
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,86	2,16	2,3	2,75	1,97	2,23
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	2,28	2,46	2,6	3,07	2,16	2,43
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	2,27	2,55	2,6	3,13	2,55	2,65
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,50	2,30	2,6	3,14	2,06	2,24
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3	2,50	2,7	3,26	1,76	2,34
RESULTADO AUTOEVALUACIÓN	1,99	2,22	2,47	2,97	2,15	2,39

Fuente: Oficina de Calidad

1.6 Resultados De Auditorías Internas

Ver anexo No 9. Informe de Control Interno auditoria PAMEC

1.7 Resultados de auditorías externa :

Ver: Anexo 10 Informe de Auditoría de sistemas de gestión realizada por el ICONTEC

1.8 Resultados de análisis de indicadores.

Ver Anexo 11 Informe de indicadores.

1.9 Análisis de la escucha de la voz del cliente.

Ver Anexo 12 Informe de PQR 2017

Ver Anexo 13 Informe de Buzón cliente interno

1.10 Gestión de Comités institucionales

Ver Anexo 14. Gestión de Comités institucionales

1.11 Gestión de planes de mejora

Ver Anexo 15 Informe de seguimiento a los planes de mejora por proceso.

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

A continuación se presenta la correlación de Estándares vs Procesos Institucionales E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

Esta es una herramienta que permite evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de acreditación aplicables.

Ver Anexo 16. Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales año 2018

3. PRIORIZACION DE PROCESOS

La priorización de las Oportunidades de mejora de cada uno de los grupos y subgrupos de los estándares se realiza teniendo en cuenta los criterios de priorización de riesgo, costo, volumen contemplado en las Guía Básica para la implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Manual ABC del Ministerio de Salud y Protección Social. Se priorizaran las oportunidades de mejora que sean mayores o iguales a 80, producto de aplicar la siguiente matriz:

Criterios de Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Ver Anexo 17 Planes de Mejoramiento y Priorización de oportunidades de mejora por estándar.

4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

CALIDAD ESPERADA			
GRUPO	ESTANDAR	4. PASO RUTA CRITICA	
		CALIDAD ESPERADA	
		META	INDICADORES
MEJORAMIENTO	156 - MCC3	30%	numero de fuentes de mejora intervenidas /total de fuentes de mejora identificadas *100
G. INFORMACION	142 - GI3	80%	Numero de indicadores con incumplimiento de meta a los que se asigna falla / Total de indicadores con incumplimiento de meta x 100
	147 - GI8	80%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100
G. TECNOLOGIA	132 - GT3	90%	% cumplimiento plan de trabajo programa de tecnovigilancia y farmacovigilancia: Numero de actividades realizadas / total de actividades programadas x 100
G. AMBIENTE FISICO	121 - GAF3	>90%	Porcentaje de cumplimiento de los criterios de gestión de residuos
		2 campañas	Numero de campañas realizadas
	100%	acta de comité GAGAS	
	123 - GAF5	1	Cumplimiento de las oportunidades de mejora y/o recomendaciones producto de la realización del simulacro
G. TALENTO HUMANO	106 - TH4	40 funcionarios	proyecto implementado
	115 - TH13	100%	DOCUMENTO APROBADO
		100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100
GERENCIA	91 - GER4	100%	Informe de cumplimiento.
		100%	Documento aprobado de lineamientos frente a gestión el riesgo.
		100%	Numero de mapas de riesgo actualizados/ Total de mapas de riesgo existentes x 100
	93 - GER6	>80%	Promedio de cumplimiento de las medidas de intervención.
		100%	Documento actualizado y aprobado
	100%	Acta de socialización.	
DIRECCIONAMIENTO	76 DIR2	Cumplimiento de los Planes operativos anuales	% de cumplimiento del Plan operativo anual.
		>85%	
	82 - DIR8	90%	Promedio de cumplimiento de indicadores del sistema de información para la calidad en cuanto al análisis, reporte y asignación de fallas.
80%			
CLIENTE ASISTENCIAL	7 - AsSP3	80%	Listas de chequeo elaboradas / total de listas priorizadas *100
		70%	Porcentaje de buenas prácticas autoevaluadas : Numero de BPS autoevaluadas priorizadas / Tota de BPS que cuentan con autoevaluación x100
		70%	No. de ítems de implementación de la BPS autoevaluación guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud que cumplen en el periodo según cronograma / Total de ítems en la autoevaluación guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud el periodo según cronograma .x100

Dado que el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se presenta los resultados de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación para la vigencia del PAMEC 2018.

5. CALIDAD OBSERVADA

Se desarrollara según lo contemplado en el programa anual de auditorías de la vigencia 2018

Ver Anexo 18 programa Anual de Auditorias 2018

6. FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

Producto de la priorización por estándar se proyecta el trabajo de 28 acciones de mejora en total incluyendo los diferentes grupos y subgrupos de Acreditación.

Las acciones planeas con enfoque en el ciclo PHVA para cumplirse a lo largo de la vigencia.

También es importante mencionar que algunos estándares tienen su enfoque más en la medición de resultados, dado que el enfoque ya se ha implementado y que se requiere enfocar los recursos en esta dimensión.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	3	7	1
Direccionamiento	6	76 -82	2
Gerencia	6	91-93	2
Talento humano	6	106-115	2
Ambiente físico	6	121	1
Gestión de la tecnología	4	132	1
Gerencia de la información	3	142-147	2
Mejoramiento de la calidad	4	156	1
TOTAL	28	12	12

CALIDAD ESPERADA	
VIGENCIA	2018
GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACIÓN
Cliente asistencial	2.49
Direccionamiento	2.78
Gerencia	2.78
Gerencia del Talento Humano	2.47
Gerencia del Ambiente Físico	2.70
Gestión de la Tecnología	2.94
Gerencia de la Información	2.48
Mejoramiento de la Calidad	2.60
PROMEDIO	2.65

Fuente: Oficina de calidad

7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA.

La implementación se realizará según cronograma establecido.

8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA

El seguimiento a la ejecución de los planes de mejora tendrá una periodicidad acorde con los lineamientos establecidos por la institución y SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA.

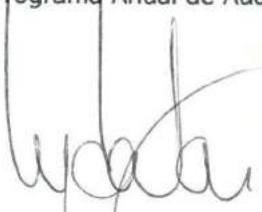
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Se Documentara el análisis de las acciones que deben estandarizarse producto de la implementación del Programa de Auditorías para el mejoramiento de la calidad.

LISTADO DE ANEXOS.

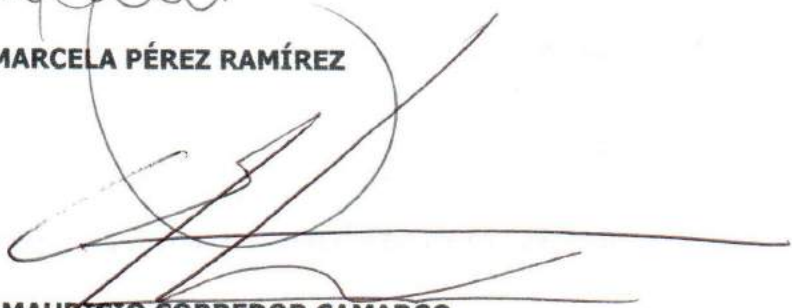
- Anexo 1 Autoevaluación Estándar cliente asistencial
- Anexo 2 Autoevaluación Estándar Direccionamiento
- Anexo 3 Autoevaluación Estándar Gerencia
- Anexo 4 Autoevaluación Estándar Gerencia del Talento Humano
- Anexo 5 Autoevaluación Estándar Gerencia de la información
- Anexo 6 Autoevaluación Estándar Gerencia del ambiente físico
- Anexo 7 Autoevaluación Estándar Gestión de la tecnología
- Anexo 8 Autoevaluación Estándar Mejoramiento de la calidad.
- Anexo 9 Informe de Control Interno auditoria PAMEC
- Anexo 10 Informe de Auditoría de sistemas de gestión realizada por el ICONTEC
- Anexo 11 Informe de indicadores
- Anexo 12 Informe de PQR
- Anexo 13 Informe de Buzón cliente interno
- Anexo 14 Informe de Gestión de Comités institucionales
- Anexo 15. Informe de seguimiento a los planes de mejora por proceso
- Anexo 16 Matriz de correlación de estándares de acreditación con procesos institucionales
- Anexo 17 Planes de Mejoramiento y Priorización de oportunidades de mejora por estándar
- Anexo 18 Programa Anual de Auditorias 2018

Aprobó:



Dra. LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ
Gerente

Reviso:



Dr. HENRY MAURICIO CORREDOR CAMARGO.
Asesor Desarrollo de Servicios

Proyecto:



Dra. TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS
Profesional Especializado Líder Habilitación