

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC INFOME DE AVANCES III TRIMESTRE 2016



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

OCTUBRE 2016

1. INTRODUCCION

En busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2016, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programada para el segundo trimestre de la vigencia 2016, donde se presenta un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se reúnen como mínimo una vez al mes para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo.

Teniendo en cuenta la Metodología de los grupos de acreditación para la vigencia 2016, se socializó inicialmente en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento a éstas.

3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2016

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 46 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2016.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES
Cliente asistencial	11
Direccionamiento	2
Gerencia	6
Talento humano	5
Ambiente físico	7
Gestión de la tecnología	7
Gerencia de la información	5
Mejoramiento de la calidad	3
TOTAL	46

4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2016

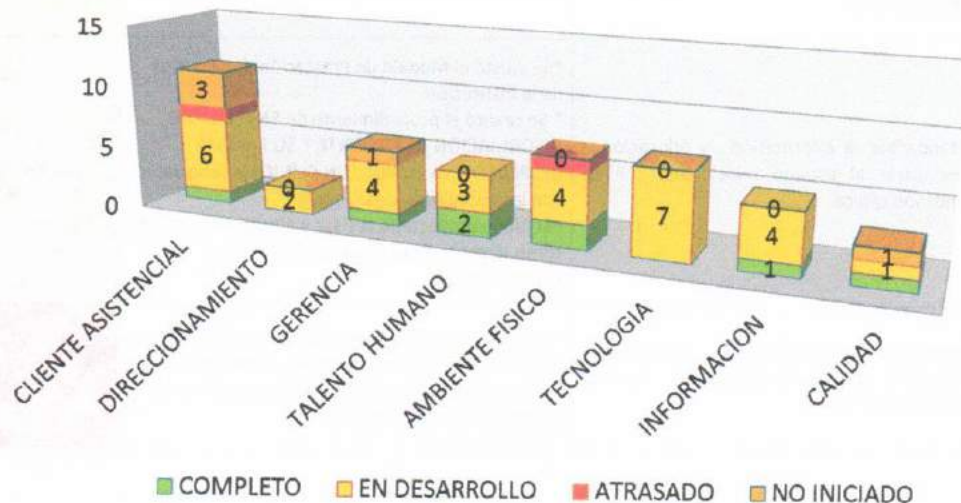
Se realiza seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación teniendo en cuenta el cronograma establecido en el PAMEC 2016 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá, donde se observa que de las 46 acciones de mejora establecidas, 31 (67%) se encuentran en ejecución, 8 (17%) ya se cumplieron a cabalidad, 5 (11%) no han iniciado y 1 (4%) se encuentra en estado de atraso para su cumplimiento.

A la fecha de corte se ha culminado satisfactoriamente con 8 acciones, teniendo en cuenta que las demás están programadas para desarrollar en el transcurso del año, generando un cumplimiento en el PAMEC 2016 a corte 30 de junio del 20%.

En la siguiente tabla se muestra, a corte 30 de Septiembre de 2016, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE PAMEC 2016 - HSRT											FECHA DE CORTE				2016/09/30		
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD	TOTAL
		COMPLETO	1	9%	0	0%	1	17%	2	40%	2	29%	0	0%	1	20%	1
EN DESARROLLO	6	55%	2	100%	4	67%	3	60%	4	57%	7	100%	4	80%	1	33%	31
ATRASADAS	1	9%	0	0%	0	0%	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%	0	0%	2
NO INICIADO	3	27%	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	5
PORCENTAJE DE EJECUCION		64%		100%		83%		100%		86%		100%		100%		67%	85%
ACCIONES EVALUADAS		11		2		6		5		7		7		5		3	46
AVANCE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	8		2		5		5		7		7		5		2	41
	ACTIVIDADES COMPLETAS	1		0		1		2		2		0		1		1	8
	%CUMPLIMIENTO PAMEC 2016	13%		0%		20%		40%		29%		0%		20%		50%	20%
AVANCE CUMPLIMIENTO A LA FECHA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	8		2		5		5		7		7		5		2	41
	ACTIVIDADES EN EJECUCION	7		2		5		5		6		7		5		2	39
	% CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE	88%		100%		100%		100%		86%		100%		100%		100%	95%

SEGUIMIENTO ACTIVIDADES



Cliente Asistencial

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
7 - AsSP3	Ejecutar las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas	* Se vienen ejecutando las acciones formuladas en la autoevaluación de las guías técnicas de cada buena práctica.	EN DESARROLLO	83%
	Implementar las guías de Buenas prácticas Prevención de infecciones Binomio madre hijo Seguridad en los medicamentos Seguridad en procedimientos quirúrgicos Prevención de úlceras de presión (MARZO A DICIEMBRE)	*A corte 30 de Septiembre de 2016 se tiene un 83% de implementación de las buenas prácticas priorizadas. *Se estableció cronograma de trabajo en cada Buena Práctica Priorizada *Desde Calidad se realizó reuniones con los líderes de cada buena práctica para articular trabajo. *Se diseñó y aprobó material educativo de las Buenas Prácticas para sensibilizar al personal de la institución, se está pendiente de impresión y entrega. *Se adoptó la estrategia del reloj para prevención de úlceras por presión. * Se desarrollo curso virtual de Transfusiones seguras y prevención de úlceras por presión. *Se inicio medición de adherencia en lavado de manos, Limpieza y desinfección, cateterismo vesical, venopunción.	EN DESARROLLO	83%
	Realizar monitoreo al desarrollo las acciones definidas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas (TRIMESTRAL)	* Se realiza seguimiento desde calidad a las acciones definidas en las autoevaluaciones de las buenas prácticas. * Se retroalimenta al equipo Cliente Asistencial del seguimiento realizado en las buenas prácticas.	EN DESARROLLO	75%
19 - AsEV1	Estandarizar la información y educación a suministrar al usuario relacionada con su condición clínica.	*Se ajustó el Modelo de Prestación de Servicios de la Institución * Se realizó el procedimiento de ENTREGA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA RESPECTO A LA CONDICIÓN CLÍNICA y se socializó con las coordinaciones Clínicas. *Se tiene proyectado revisar y ajustar entregas de turno (Establecer entrega de turno entre especialistas)	COMPLETO	100%
	Implementar el proceso de información y educación al usuario relacionada con su condición clínica.	*Tanto el Modelo de Atención y el Procedimiento de Entrega de Información al paciente y su familia respecto a la condición clínica, se encuentran en proceso inicial de despliegue	ATRASADO	20%

	Monitorizar la comprensión del usuario frente al proceso de información y educación relacionada con su condición clínica.(rondas de seguridad, paciente trazador)	<p>*Se tiene programado medir adherencia de la entrega de información establecida en el protocolo a través de lista de chequeo del protocolo, paciente trazador y rondas de seguridad.</p> <p>*Desde Paciente Trazador se viene midiendo la información brindada al paciente y la comprensión de esta.</p>	NO INICIADO	0%
33 - AsPL12	Incluir en las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos"(Junio-Diciembre)	<p>*Se viene ajustando el programa de Farmacovigilancia, teniendo en cuenta la Guía de "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" y los estándares relacionados de acreditación.</p> <p>*Se encuentra en proceso de articulación de estrategias planteadas en la autoevaluación de la buena práctica con el programa de Farmacovigilancia.</p>	EN DESARROLLO	75%
	Implementar las estrategias del Programa Institucional de Farmacovigilancia las acciones formuladas en la CA-F-83 AUTOEVALUACIÓN GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD priorizadas "Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos" (junio-diciembre)	<p>*Se viene ajustando el programa de Farmacovigilancia, con el fin de empezar a medir el impacto del programa.</p> <p>*Se desarrollo el curso virtual en Administración segura de Medicamentos.</p> <p>*Se implementó etiquetas para medicamentos preparados en los servicios.</p> <p>*Se implementó etiquetas para identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo.</p> <p>*Se viene trabajando en el protocolo de identificación de medicamentos LASA y Alto Riesgo.</p> <p>*Se actualizó Manual de Administración de Medicamentos, incluyendo anexos con el adecuado manejo de medicamentos parenterales y antibióticos.</p> <p>*Se viene aplicando la evaluación para la adecuada preparación de medicamentos en los diferentes servicios, socializando el uso de las nuevas etiquetas.</p>	EN DESARROLLO	75%
	Realizar monitoreo y seguimiento de los programas : farmacovigilancia y el Programa de Uso racional de antibióticos(seguimiento de indicadores planteados)(julio-octubre-enero)	<p>*En el mes de Agosto se realizó seguimiento a los programas por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud, dentro del equipo de acreditación cliente asistencial.</p> <p>*En el mes de mayo se realizó por parte de la gerencia seguimiento a los programas de Farmacovigilancia y Uso Racional de Antibióticos de las acciones e indicadores del I Trimestre de la vigencia 2016.</p> <p>*Mes a mes se realiza seguimiento a los indicadores del programa de uso racional de antibióticos en el comité de infecciones.</p>	EN DESARROLLO	66%
43 - AsEJ4	Capacitar al personal asistencial en el manejo integral de las víctimas de violencia, maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.	<p>* Se ajustó cronograma para 2016 del programa de buen trato.</p> <p>*Se ajustó protocolo para incluir y definir la cadena de custodia</p>	NO INICIADO	0%

	Evaluar alcances del programa de Buen trato	*Se realiza seguimiento del programa de acuerdo a las resolución institucional 213 de 2015, sin embargo se tiene programado evaluar el alcance del programa a final de año	NO INICIADO	0%
--	---	--	-------------	----

Direccionamiento

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
78 - DIR4	Ejecutar las acciones definidas en los Programas institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia. (marzo a diciembre)	<p>HUMANIZACIÓN *Se vienen desarrollando charlas de humanización en los servicios de la institución. *De acuerdo al nuevo Plan de Desarrollo 2016 - 2020 se integro el programa de Humanización con el Programa de Transformación Cultural con el propósito de generar un mayor impacto en las actividades a desarrollar.</p> <p>SEGURIDAD DEL PACIENTE *Se presentó informe de medición de adherencia a las buenas prácticas en comité de Seguridad del paciente. *Se diseño Boletín con los resultados de Medición de Adherencia a las Buenas practicas *Se desarrollaron las actividades establecidas dentro del programa y el comité de Seguridad del Paciente. *Se viene implementando las Buenas prácticas priorizadas *Se está en proceso de medición de adherencia a la buenas prácticas *Se encuentra en proceso de diseño videos educativos para proyectar a los usuarios reforzando las buenas prácticas y los programas de la institución *Se desarrollaron cursos virtuales para el fortalecimiento de las buenas prácticas.</p> <p>TECNOVIGILANCIA *Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Tecnovigilancia. *Se gestionó y realizó análisis de las no conformidades relacionadas con los dispositivos médicos y de los eventos adversos reportados. *En el mes de Junio se inició con las Rondas de Tecnovigilancia</p> <p>FARMACOVIGILANCIA *Se ajustó Manual, procedimiento y protocolos de Farmacovigilancia para dar alcance a los requisitos establecidos para los procesos de certificación en BPM y BPE. *Se realizó análisis y seguimiento de los eventos adversos reportados a seguridad del paciente respecto a Farmacovigilancia, retroalimentando a los médicos hospitalarios y comprometiéndolos a</p>	EN DESARROLLO	61%

	<p>realizar una revisión a la cual se le hará seguimiento. *Se encuentra en proceso de implementación las etiquetas LASA y de ALTO RIESGO REACTIVO VIGILANCIA * Se Implementó formato de reporte de incidentes del INVIMA * Se socializó las alertas de reactivos de uso de la institución generadas por el INVIMA *Se realizó análisis y gestión de los incidentes reportados</p>		
<p>Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.(abril-julio-octubre-diciembre)</p>	<p>En el mes de Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales. En el mes de agosto se inició seguimiento y revisión de los programas por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud.</p>	NO INICIADO	50%

Gerencia

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
88 - GER1	<p>Realizar seguimiento trimestral a las tareas de los Programas Institucionales humanización del servicio, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia y reactivovigilancia.</p>	<p>*En el mes de Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales por parte de la alta dirección. *En el mes de Agosto se inició revisión y seguimiento a los programas, por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud. *El programa de Humanización se adhirió al nuevo programa de Transformación Cultural.</p>	EN DESARROLLO	50%
	<p>Diseñar propuesta de transformación cultural</p>	<p>*Se diseño la Planeación estratégica 2016-2020 con base en los ejes de acreditación. *Se encuentra aprobado el programa de Transformación Cultural contemplado dentro del plan de desarrollo.</p>	COMPLETO	100%
	<p>Implementar propuesta de transformación cultural</p>	<p>*Se viene desarrollando el planeador de trabajo establecido en POA, donde a la fecha se cuenta con la metodología para realizar el Diagnostico de Transformación Cultural.</p>	EN DESARROLLO	22%
	<p>Evaluar propuesta de transformación cultural</p>		NO INICIADO	0%

93 - GER6	Monitorizar el desarrollo de los programas: Seguridad del paciente, tecnovigilancia y farmaco vigilancia, humanización)	*En el mes de Mayo se realizó seguimiento a todos los programas institucionales. *En el mes de Agosto se inició revisión y seguimiento a los programas, por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud.	EN DESARROLLO	50%
	Monitorizar el desarrollo de las estrategias de mejoramiento de la calidad (buenas prácticas, rondas de seguridad, paciente trazador, comités institucionales).	*Se realiza seguimiento dentro del comité de seguridad del paciente, de las estrategias de Paciente Trazador y Rondas de seguridad. *Se socializó los resultados del Informe del primer semestre con los coordinadores de enfermería.	EN DESARROLLO	50%

Gerencia del Talento Humano

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
108 - TH6	Fortalecer el proceso de inducción y re inducción enfocado en seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural.(abril-Julio-Octubre-Diciembre)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se viene adelantando la consolidación de base de datos del personal de planta, OPS y de Laboramos que realizó los cursos dispuestos en la plataforma virtual con el fin de expedir a final de año los certificados correspondientes. 2. Se solicitó a las Universidades la relación de los docentes que hacen parte de los convenios Docencia -servicio, con el fin de vincularlos al proceso de inducción, re inducción, cursos de capacitación que se ofrecen de manera virtual por el hospital. 4. Se fortaleció el proceso de inducción, incluyendo dentro de la inducción general del personal una charla de inducción por parte de psicología organizacional, se incluyeron los recorridos por la institución y se reforzó el seguimiento y control. 5. Se tiene establecido Plan de Intervención clima laboral, brindando charlas a los diferentes a servicios en Transformación cultural, Manejo de conflictos, trabajo en equipo Atención al Usuario y a la familia 	EN DESARROLLO	67%

	Monitorizar el proceso de inducción en el puesto de trabajo en cuanto a los ejes transversales: seguridad del paciente, humanización, comunicación y transformación cultural (abril-Julio-Octubre-Diciembre)	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó seguimiento en el I Trimestre a través de POA al proceso de inducción y re inducción. Desde la oficina de Talento Humano se realiza un control y monitoreo del proceso de inducción en el puesto de Trabajo 	EN DESARROLLO	50%
116 - TH14	Revisar, actualizar y socializar la política de operación de gestión académica. GAC.PO-01.(febrero)	<ol style="list-style-type: none"> Se revisó, ajusto y consolidó dentro del Procedimiento GAC - PR-02 la política de operación de Gestión Académica de acuerdo a los parámetros establecidos en la oficina de calidad. Enviar propuesta para ser aprobada por oficina de calidad Proyectar circular y enviar a los interesados 	EN DESARROLLO	70%
	Socializar el procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO de acuerdo con lo definido en el estándar (Marzo)	<ol style="list-style-type: none"> Se socializó procedimiento GAC-PR-02 en el comité institucional docencia - servicio del mes de abril 	COMPLETO	100%
	Verificación de la aplicación del procedimiento GAC-PR-02 SUPERVISIÓN DE PERSONAL EN ENTRENAMIENTO (Abril, Julio-diciembre)	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza verificación de la supervisión del personal a través de las Rondas de Gestión Académica Se está en proceso de construcción herramienta para la verificación de la aplicación de dicho procedimiento. 	EN DESARROLLO	75%

Gerencia del Ambiente Físico

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
120 - GAF2	Realizar el monitoreo de la trazabilidad del proceso de limpieza y desinfección.	*Se realizó medición de adherencia al proceso de limpieza y desinfección, dentro de la buena práctica de prevención de infecciones, para el primer semestre del año.	ATRASADO	30%
	Medición de la aplicación del manual de buenas prácticas de esterilización	<p>*En el mes de abril se realizó evaluación al personal de esterilización en cuanto al tema de limpieza y desinfección del Manual de buenas prácticas de esterilización.</p> <p>* Se viene ajustando el manual de buenas prácticas de esterilización, teniendo en cuenta las res 2183 de 2004, y diseñando una herramienta para la evaluación de la adherencia a éste.</p> <p>*Se realizó capacitación al personal misional</p>	EN DESARROLLO	50%

	Socialización de resultados que permitan mostrar la gestión ambiental de la organización.	*Se elaboró y socializó boletín informativo *En comité de GAGAS se informa los resultados del sistema de Gestión Ambiental.	EN DESARROLLO	50%
122 - GAF4	Realizar seguimiento a la matriz de control operacional según la norma ISO 14001:2004.	*Se realizó seguimiento a la Matriz de control operacional en el mes de Julio.	EN DESARROLLO	50%
	Actualización del PGIRASA para la vigencia teniendo en cuenta los cambios organizacionales	*Se actualizo PGIRASA *Se desarrollo auditoria Externa para la revisión del cumplimiento en OSHAS 18001 e ISO 14001	COMPLETO	100%
	Realizar una inspección al gestor externo de reciclaje.	*Se viene realizando inspección a los servicios tercerizados de acuerdo al cronograma establecido.	COMPLETO	100%
	Seguimiento de los indicadores de generación de residuos: no peligrosos y peligrosos.	* Se realiza seguimiento trimestral a los indicadores de Gestión Ambiental por parte de la coordinación y en comité de GAGAS	EN DESARROLLO	50%

Gestión de la Tecnología

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
131 - GT2	Realizar seguimiento al indicador de alertas sanitarias (Junio-Diciembre)	*En los programas de Farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia se realiza seguimiento a los indicadores a través del seguimiento a programas que se realiza trimestralmente. *Biomédica realiza seguimiento al indicador de alertas sanitarias en equipos médicos	EN DESARROLLO	50%
	Seguimiento del uso de tecnologías o dispositivos médicos (junio-Diciembre)	*En el mes de Junio se inició con las rondas para la revisión de almacenamiento y uso de los dispositivos en cada uno de los servicios *El proceso de Ingeniería Biomédica realiza rondas de seguimiento al uso de la tecnología medica.	EN DESARROLLO	50%
132 - GT3	Medir oportunidad de respuesta a situaciones que generan la no continuidad en la prestación de la atención por falla de equipo o dispositivo médico.	Se cuenta con un indicador de respuesta a los llamados, al cual se le realiza seguimiento y monitorización del cumplimiento de los tiempos establecidos para dar respuesta a las solicitudes.	EN DESARROLLO	50%

	Implementación del programa de Tecnovigilancia	*Se viene socializando y educando al personal en los temas dispuestos en el programa de Tecnovigilancia.	EN DESARROLLO	57%
	Seguimiento a indicadores de Tecnovigilancia. (No de reporte gestionados/Total reportados; No de reportes enviados a SSB e invima/total de eventos adversos serios; No eventos adversos serios y no serios reportados a SSB/Total de eventos adversos serios y no serios reportados., Numero de alertas sanitarias emitidas por el programa/total publicadas en la pagina, cantidad de eventos de calidad reportados).(Abril-Julio-Octubre-Enero).	Se llevo a cabo seguimiento de programas establecido en la resolución institucional 213 de 2015 en el mes de mayo, realizando seguimiento a los indicadores establecidos en el programa. Desde el Grupo de Acreditación de Gestión de la Tecnología se realizó seguimiento a los indicadores de Tecnovigilancia en el mes de Agosto	EN DESARROLLO	50%
135 - GT6	Implementación continua de la metodología de reposición prevista en el Proyecto de renovación de tecnología (PREBIO)(junio-diciembre)	Se viene Implementando la reposición prevista en el proyecto de renovación de tecnología y ajustando a los lineamientos establecidos en el plan de desarrollo 2016-2020.	EN DESARROLLO	70%
	Evaluar el indicador de reposición de tecnología biomédica.(junio-diciembre)	Se realiza seguimiento de acuerdo a la metodología propuesta en el proyecto PREBIO.	EN DESARROLLO	50%

Gerencia de la Información


ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	%
			05/10/2016	
			Estado	
140 - GI1	Realizar seguimiento del Programa Servimos con corazón.(Donde se incluya la verificación de la adherencia a la Política de humanización y derechos y deberes de los usuarios)en el componente de comunicación con el paciente y su familia, teniendo en cuenta el enfoque de promoción y prevención y la información suministrada durante los procesos de atención.	*Se realizó diagnostico y planeación de las actividades a desarrollar durante el año *Se articulo el programa de Humanización Servimos con Corazón con el programa de Transformación cultural, con el fin de tener un mayor impacto en las acciones a desarrollar. *Se realiza seguimiento en el mes de Mayo al Programa por parte de la Gerencia. *En Comité de Ética se realiza seguimiento al avance del Programa de Transformación Cultural.	EN DESARROLLO	50%

142 - GI3	Implementar la unidad de análisis y metodología para evaluar variaciones no esperadas de los indicadores.	*Se diseño y socializó el procedimiento de Gestión y Seguimiento de Indicadores *Se diseño metodología de la unidad de análisis. *Se vine socializando la metodología e integrando los diferentes procesos requeridos.	EN DESARROLLO	60%
	Capacitar a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software Daruma.	Se capacitó y presto asesoría a los líderes de proceso en el registro de indicadores en el software	COMPLETO	60%
	Registrar los indicadores del sistema de información de la institución en el software Daruma	*Se tiene plazo para reportar indicadores del III trimestre en oct 10 de 2016. *Se depuraron y actualizaron los indicadores de acuerdo a la resolución 256 de 216 *Se realiza seguimiento al registro de indicadores en daruma	EN DESARROLLO	100%
	Monitorizar el comportamiento de los indicadores.	Monitorizar el comportamiento de los indicadores de acuerdo al procedimiento de Gestión y seguimiento de indicadores	EN DESARROLLO	50%

Mejoramiento de la Calidad

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	COMO	SEGUIMIENTO 3	
			05/10/2016	%
			Estado	
155 - MCC2	Diseñar y socializar propuesta de transformación cultural	Se diseño el programa de Transformación cultural, el cual se encuentra en proceso de ajuste y aprobación por parte de gerencia, para iniciar su socialización y desarrollo.	COMPLETO	100%
	Implementar propuesta de transformación cultural	Se estableció cronograma para desarrollar el programa de Transformación Cultural	EN DESARROLLO	22%
	Evaluar propuesta de transformación cultural		NO INICIADO	0%

Cordialmente,


LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Acreditación – Hospital Universitario


VBo. Dr HENRY MAURICIO CORREDOR
Asesor de Desarrollo de Servicios