

INFORME CIERRE PROGRAMA DE
AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD DE ATENCION EN
SALUD – PAMEC 2024

SUBGERENCIA DE GESTION DE LA CALIDAD
ESE HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO



Contenido

INTRODUCCION	¡Error! Marcador no definido.
CONSOLIDADO DE RESULTADOS DEL PAMEC A DICIEMBRE DEL 2024.....	3
Cronograma de PAMEC 2024.	3
Actividades	4
RUTA CRITICA	5
Conformación de Equipos de trabajo de Estándares de Acreditación	5
Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa	6
Selección de Procesos objeto de Mejoramiento	12
Priorización de Oportunidades de Mejora	13
Definición de la Calidad Esperada PAMEC	14
Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.	15
Plan de Mejora y Ejecución del plan de mejora.	16
Aprendizaje Organizacional	37



Introducción



2

La ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, como Empresa Social del Estado de baja complejidad con algunas actividades de mediana complejidad, en cumplimiento de la normativa legal vigente y conforme a lo normado en el Decreto 1011 del 2006 dio inicio a la construcción del PAMEC partiendo de los de los estándares de Habilitación vigentes a esa fecha.

Actualmente el PAMEC se encuentra fundamentado en los estándares de acreditación: Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, Grupo de estándares de direccionamiento, Grupo de estándares de gerencia, Grupo de estándares de gerencia del talento humano, Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico, Grupo de estándares de gestión de tecnología, Grupo de estándares de gerencia de la información, Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC se estableció teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.

Para terminar este informe está enfocado en la verificación de las acciones de mejora priorizadas con el fin de verificar su cumplimiento como herramienta de mejoramiento continuo en la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.



CONSOLIDADO DE RESULTADOS DEL PAMEC A DICIEMBRE DEL 2024

La mejora continua es un proceso que la ESE Hospital La Buena Esperanza de Yumbo utiliza para perfeccionar sus procesos, servicios y productos a fin de satisfacer y superar las expectativas de sus usuarios, por lo tanto, el presente informe del PAMEC se enfocó en la verificación de las oportunidades y acciones de mejora priorizadas en el año 2024, con el fin de verificar su cumplimiento.

3

En el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Se ha realizado las siguientes actividades:

Cronograma de PAMEC 2024.

 CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD- PAMEC VIGENCIA 2024													
Ruta Crítica	Soportes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Cierre de brechas del periodo anterior	Informe final cierre de brechas (Acciones de mejoramiento cumplidas 2023)	En 30											
Reparte Circular 012 de 2016 (Formato ST002).	Pantallazo de reporte pagina Supersalud formato ST002		Feb 28										
Despliegue	Generalidades del Pamec. Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Crítica (Documentos del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC)			Marzo 30									
	Socialización de la ruta critica PAMEC 2024			Marzo 30									
Autoevaluación	Cronograma de Reuniones Estándares de Acreditación				Ab 30								
	Actas de reunión Auto evaluación estándares de Acreditación					Mayo 30							
Selección de Procesos a mejorar	Litrado de procesos a mejorar						Jun 30						
Priorización de procesos a mejorar	Acta de priorización de estándares de Acreditación						Jun 30						
Definición de la calidad esperada	Fichas técnicas de indicadores (Aplicativo Daruma)							Julio 30					
Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.	Actas de reunión (Seguimiento de Instrumentos para la medición de los indicadores)								Ag 30				
Elaboración planes de mejoramiento	Formato - plan de mejoramiento y acta de reunion								Ag 30				
Ejecución planes de acción	Seguimiento a las acciones de mejora - Acta de seguimiento									Sept 30	Oct 31	Nov 30	Dic 31
Evaluación de los planes de acción	Acta de Seguimiento de tablero de seguimientos de acciones de mejora									Sept 30	Oct 31	Nov 30	Dic 31
Aprendizaje organizacional	Acta de reunión del Aprendizaje organizacional												Dic 31



Actividades



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

1. Informe de Cierre del PAMEC 2023.
 2. Elaboración del Documento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Vigencia 2024.
 3. Sensibilización Institucional se socializo el Informe de Cierre del PAMEC de la vigencia 2024: Siendo las 9:00 am, del día 22 de marzo de 2024, inicia la reunión de Socialización Cierre PAMEC 2023 y Sensibilización plan de trabajo de PAMEC 2024.
- Reporte Circular 012 de 2016 (Formato ST002). Pantallazo de reporte página Supersalud formato ST002 (febrero 28 de 2024)

4

The screenshot shows the Supersalud web application interface. At the top, there is a navigation bar with the Supersalud logo and a menu with options: RVCC, Datos Generales, Validar Archivo, Cargar Archivo, and Programación. The user ID 800030924 is displayed. Below the menu, the institution name "E.S.E. Hospital La Buena Esperanza - 800030924" is shown. The main section is titled "Cargar Archivos" and includes a "Historial" button. A table displays the upload details for the current record:

Vigencia	Periodo
2023	80

Below the table, the "Resultado Carga" section shows the following information:

- Archivo: 8000309240802023ST002.txt.p7z
- Estado de Envío: Cargado
- Fecha: 05/02/2024 5:38:58 p. m.

At the bottom, the "Seleccionar Archivos" section shows a list of files for validation:

ID	Nombre del Archivo	Acción
GT004	Seleccione el archivo...	Validar
ST002	8000309240802023ST002.txt.j	Validar

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



Ruta Crítica





Conformación de Equipos de trabajo de Estándares de Acreditación

5

 HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E CEAM-020-003-047		
EQUIPOS PAMEC DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO		
Nombre del Grupo de Estandar	Integrantes	Estandares
Asistencial Grupo 1 y 2	Lider de Seguridad del Paciente	Grupo 1 (Estandares 1 a 30) Grupo 2 (Estandares 31 a 75)
	PyP	
	Lider de Urgencias	
	Coordinador Medico Urgencias	
Direccionamiento y Gerencia	Gerencia	Direccionamiento (Estandares 76-88) Gerencia (Estandares 89 a 103)
	Subgerente Administrativa	
	Subgerente de Gestion Calidad	
	Subgerente Cientifica	
	Asesor de Control Interno	
	Lider Planeacion Estrategica	
	Lider de Mejora Continua	
Asesor Juridico		
Talento Humano	Lider de Talento Humano	Talento Humano (Estandares 104 a 120)
	Auxiliar Administrativa	
	Lider de Presupuesto	
	Apoyo Almacen	
Ambiente Fisco	lider de Mantenimiento	Ambiente Fisco (Estandares 121 a 131)
	Lider de Almacen	
	Apoyo SST	
	Lider de SST	
Gestion Tecnologica e Informacion	Lider de SIAU	Gestion Tecnologica (Estandares 132 a 141) Gestion Informatica (Estandares 142-155)
	Lider de Sistemas	
	Lider de Comunicaciones	
	Lider de Estadística	
	Lider de Gestion Documental	
Mejoramiento continua de la Calidad	Lider de Mejora Continua	Mejoramiento continua de la Calidad (Estandares 156 a 160)
	Subgerente Gestion de Calidad	
	Lider de Planeacion Estrategica	
	Lider de Gestion Documental	

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
 Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
 NIT 800030924-0
 YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
 labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa

4. Diligenciamiento de la Cartilla de autoevaluación cualitativa y cuantitativa CEAM-020-003-048.

Grupo de Estándares	Código	Numeral Consecutivo
Derechos de los Pacientes	ADP	1-4
Seguridad del Paciente	ASP	5-8
Acceso	AAO	9-16
Registro e Ingreso	ASREG	17-19
Evaluación de Necesidades al Ingreso	ASV	20-22
Planificación de la Atención	ASP	23-40
Ejecución del Tratamiento	ASEJ	41-46
Evaluación de la Atención	ASVA	47-50
Salida y Seguimiento	ASAL	51-52
Referencia y Contrareferencia	ASRF	53-58
Redes Interorganiz. en Red	ASIR	59-75
Direccionamiento	DIR	76-88
Gerencia	GER	89-103
Gerencia del Talento Humano	TH	104-120
Gerencia del Ambiente Físico	GAF	121-131
Cuestion de Tecnología	CT	132-141
Gerencia de la Información	GI	142-155
Estándares de Mejoramiento de la Calidad	MCC	156-160

Derechos de los Pacientes

ESTÁNDAR 1.

La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (lenguas, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al

respeto que merezca la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.

- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación expresa y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha actividad, especificándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser base para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.
- Identifique fortalezas y oportunidades de mejora relacionadas con el estándar y sus criterios al aplicarlo a la institución. Por favor registre fortalezas y oportunidades en las dimensiones del Enfoque, Implementación o el Resultado, según aplique; si no hay fortalezas o no hay oportunidades dejar en blanco.

FORTALEZAS DE ENFOQUE

Se cuenta con la declaración de derechos y deberes en el procedimiento con código GGGU-010-006-001 del 10-07-2018, la institución cuenta con un comité de ética hospitalaria que es el que garantiza la forma de obtención por resolución, se tienen encuestas de satisfacción al usuario, buzón de sugerencias por servicios y puestos de salud; también se cuenta con consentimientos informados para la realización de procedimientos y el alta voluntaria y el desistimiento de los procedimientos.

FORTALEZAS DE IMPLEMENTACIÓN

Se tienen en cartillas los derechos y deberes, se socializan por medio de folletos, se tienen publicados en la página web, se asigna una gestora para que se divulgan en las salas de espera de los servicios, uno de los integrantes de la asociación realiza el acompañamiento en la apertura de los buzónes con un delegado de la secretaría de salud municipal, se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios en cada servicio del hospital, se realiza una reunión mensual del comité de ética hospitalaria.

5. Diligenciamiento de los resultados de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa en la Matriz de Ejecución de Plan de Auditoría de Mejoramiento PAMEC – CEAM-020-003-071.

6. Autoevaluación Cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación: En el mes de junio se realizó la autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa de los estándares de acreditación de acuerdo al cronograma de reuniones de trabajo de estándares de acreditación: Asistencial 1; Asistencial 2; Direccionamiento y Gerencia; Talento Humano; Ambiente Físico; Gestión Tecnológico e información; Mejoramiento continuo de la Calidad se pueden evidenciar en las actas de reunión.



Estándar	CALIFICACION										Total Promedio 2024
	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y Mejoramiento del	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Externo e Interno	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación	
Estándar 1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estándar 3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 4	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1,10
Estándar 10	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estandar11	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estandar12	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 13	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,80
Estándar 14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estándar 15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,90
Estandar16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,90
Estandar17	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
Estándar 18	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1,60
Estándar 19	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
Estándar 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 23	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1,40
Estándar 24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



SC 4469-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 25	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 26	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 28	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 29	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estándar 31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 32	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 33	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 34	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estándar 36	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 38	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 39	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 40	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 41	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1,40
Estándar 42	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1,40
Estándar 43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 44	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	2,00
Estándar 45	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1,50
Estándar 46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 47	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1,70
Estándar 48	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1,40
Estándar 49	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1,40
Estándar 50	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 52	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estándar 53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



SC 4469-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 57	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 60	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 62	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 63	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estándar 64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 67	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 70	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 73	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 80	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 81	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 82	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estándar 83	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estándar 84	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estándar 85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 87	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 88	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



SC 4469-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 94	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 95	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 96	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 97	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 100	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1,60
Estándar 101	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 102	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
Estándar 103	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estándar 104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 107	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 109	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 111	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 113	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
Estándar 114	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 115	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 116	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 118	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 119	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20



SC 4469-1



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.org

Estándar 121	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
Estándar 122	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 123	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 124	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 125	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 126	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 127	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 128	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 129	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
Estándar 130	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 131	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 132	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 133	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 134	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1,40
Estándar 135	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 136	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 137	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 138	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 139	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 140	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 141	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 142	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 143	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 144	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 145	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 146	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 147	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 148	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
Estándar 149	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
Estándar 150	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
Estándar 151	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1,40
Estándar 152	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80

Estándar 153	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
Estándar 154	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 155	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1,40
Estándar 156	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
Estándar 157	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 158	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 159	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Estándar 160	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
Total	1,48	1,41	1,31	1,23	1,15	1,16	1,13	1,09	1,05	1,02	1,20

Selección de Procesos objeto de Mejoramiento

No	Calificación Cualitativa	Calificación Cuantitativa
RIESGO (No llevar a cabo el mejoramiento) Grado de Impacto que causa el problema hacia el usuario y/o la institución		
1	ALTO: 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	5
2	MEDIO: .Cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	3
3	BAJO: 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	1
VOLUMEN (Alcance, cobertura del mejoramiento) Frecuencia en la que se presenta el problema		
1	ALTO: Las personas beneficiadas por la mejora ascienden a más del 70% de los clientes internos, con amplia cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	5
2	MEDIO: Las personas beneficiadas por la mejora pueden estar entre el 30% y el 60% de los clientes internos, con mediana cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	3
3	BAJO: Las personas beneficiadas por la mejora no superan el 30 % de los clientes internos, con baja cobertura hacia los usuarios y partes interesadas.	1

COSTO (Posible impacto económico de no llevar a cabo el mejoramiento) Perdidas o Gastos que ocasiona la presencia del problema para el usuario y/o la institución.

1	ALTO: Si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	5
2	MEDIO: Si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	3
3	BAJO: Si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	1

Priorización de Oportunidades de Mejora

El valor de la priorización de las oportunidades de mejoramiento se obtuvo multiplicando las tres variables calificadas y tuvo por objeto definir el inicio de las actividades propuestas, de manera que las de mayor calificación iniciaron su ejecución de manera más oportuna que las de menor puntaje, lo cual tiene su analogía con una clasificación. Para tal propósito se ha definido la siguiente escala de priorización con los siguientes tiempos de inicio propuestos:

PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO		
RANGO	COLOR	FECHA DE INICIO A PARTIR DE SU IDENTIFICACIÓN
75-125	Rojo	Inmediato
27-74	Naranja	En los siguientes seis meses
1-26	Amarillo	En los siguientes nueve meses

7. Priorización de los estándares: Se priorizaron 19 estándares

SELECCIÓN Y PRIORIZACION DE PROCESOS				
MATRIZ DE PRIORIZACION				
PRIORIZACION				
Estándar	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Estándar 1	5,00	5,00	5,00	125,00

Estándar 2	-	-	-	-
Estándar 3	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 4	3,00	5,00	5,00	75,00
Estándar 5	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 6	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 7	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 8	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 9	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 10	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 11	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 12	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 13	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 14	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 15	5,00	5,00	5,00	125,00
Estándar 16	5,00	3,00	5,00	75,00
Estándar 17	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 18	5,00	5,00	3,00	75,00
Estándar 19	5,00	3,00	5,00	75,00

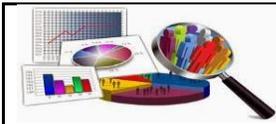
Es importante resaltar que los procesos objetos de mejora son los procesos relacionados con el proceso de atención asistencial con las oportunidades de mejora identificadas de los estándares.



Definición de la Calidad Esperada PAMEC

- Definición de la Calidad Esperada: Para la definición de este PAMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera logra el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas, de las cuales de 19 estándares Asistenciales relacionados de la siguiente manera:

Grupo Estándar	Nro. Estándar
Humanización	1
	3
Gestión Clínica	4
Seguridad del Paciente	5
	6
	7
	8
Acceso	9
	10
	11
	12
	13
	14
	14
	15
	16
	17
	18
19	



Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.

9. Medición Inicial del desempeño de los procesos priorizados: Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento En la ESE Hospital La

Buena Esperanza de Yumbo existe un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución con el fin de establecer la brecha entre la calidad observada y la esperada a fin de iniciar el mejoramiento continuo frente a unas metas establecidas.

En esta etapa de medición del desempeño de los procesos priorizados se aplicará: La medición inicial de desempeño de los procesos se realizó de acuerdo a lo establecido en el numeral 9.3.2 (C) de la ISO 9001:2015 Revisión por la Dirección. c) El desempeño de todos los procesos y la conformidad de los productos: Indicadores por procesos y Resultados de las Auditorias



Plan de Mejora y Ejecución del plan de mejora.

10. Elaboración del plan de mejora,

11. Ejecución del plan de mejora: Se programaron 4 Seguimiento durante los meses de septiembre, Octubre; Noviembre y diciembre.

Primer Seguimiento del Plan de Acción: Para la vigencia 2024 de acuerdo al cronograma estipulado en el documento del Plan de Auditoria del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, noviembre y diciembre, de los cuales se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial de acreditación que corresponde a 48 acciones de mejora:

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones	Responsables	1. Seguimiento
Humanización	1	4	Siau	2
Gestión Clínica	4	3	Auditor HC/Coordinador Medico	2
Seguridad del Paciente	5	2	Seguridad del Paciente	2
	6	2	Seguridad del Paciente	1
	7	8	Seguridad del Paciente	4
	8	2	Coordinador Enfermería	1
	10	3	Siau/ Mantenimiento	1



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

	12	2	Coordinador Medico	1
	13	2	Coordinador Medico	1
	14	2	Coordinador Medico	1
	15	2	Calidad	2
Total		48		18

17

Análisis:

En el primer seguimiento del mes de septiembre se han cumplido 18 acciones de mejora que corresponde a un cumplimiento del **37.50%** del plan de Mejora.

Segundo Seguimiento del Plan de Acción (octubre): Para la vigencia 2024 de acuerdo al cronograma estipulado en el documento del Plan de Auditoria del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, noviembre y diciembre, de los cuales se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial de acreditación que corresponde a 48 acciones de mejora:

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones	1. Seguimiento	2. Seguimiento
Humanización	1	4	2	2
	3	3		2
Gestión Clínica	4	3	2	1
Seguridad del Paciente	5	2	2	
	6	2	1	
	7	8	4	
	8	2	1	1
Acceso	9	3		2
	10	3	1	2
	11	2		2
	12	2	1	
	13	2	1	
	14	2	1	

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co



	15	2	2	
	16	2		2
	17	2		
	18	2		
	19	2		
Total		48	18	14

Análisis:

En el segundo seguimiento del mes de octubre se han cumplido 14 acciones de mejora para un total de 32 acciones cumplidas que corresponde a un cumplimiento del **66.67%** del plan de Mejora.

Tercer Seguimiento del Plan de Acción (noviembre): Para la vigencia 2024 de acuerdo al cronograma estipulado en el documento del Plan de Auditoria del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, **noviembre** y diciembre, de los cuales se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial de acreditación que corresponde a 48 acciones de mejora:

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones	1. Seguimiento	2. Seguimiento	3. Seguimiento
Humanización	1	4	2	2	
	3	3		2	1
Gestión Clínica	4	3	2	1	
Seguridad del Paciente	5	2	2		
	6	2	1		1
	7	8	4		4
	8	2	1	1	
Acceso	9	3		2	1
	10	3	1	2	
	11	2		2	
	12	2	1		1
	13	2	1		1
	14	2	1		1
	15	2	2		
	16	2		2	



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

	17	2			2
	18	2			2
	19	2			2
Total		48	18	14	16
Porcentaje cumplimiento			38%	66,67%	100%

Análisis:

En el Tercer seguimiento del mes de noviembre se han cumplido 16 acciones de mejora para un total de 48 acciones cumplidas que corresponde a un cumplimiento del 100% del plan de Mejora.

Cuarto Seguimiento del Plan de Acción (diciembre): Para la vigencia 2024 de acuerdo al cronograma estipulado en el documento del Plan de Auditoria del Mejoramiento de la calidad – PAMEC se programaron 4 seguimientos correspondientes al plan de Mejora durante los meses de: Septiembre, octubre, noviembre y **diciembre**, de los cuales se priorizaron 19 estándares del grupo asistencial de acreditación que corresponde a 48 acciones de mejora:

Grupo Estándar	Nro. Estándar	Nro. Acciones	1. Seguimiento	2. Seguimiento	3. Seguimiento	4. Seguimiento
Humanización	1	4	2	2		Cumplida
	3	3		2	1	Cumplida
Gestión Clínica	4	3	2	1		Cumplida
Seguridad del Paciente	5	2	2			Cumplida
	6	2	1		1	Cumplida
	7	8	4		4	Cumplida
	8	2	1	1		Cumplida
Acceso	9	3		2	1	Cumplida
	10	3	1	2		Cumplida
	11	2		2		Cumplida
	12	2	1		1	Cumplida
	13	2	1		1	Cumplida



Miembro de la Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

dambiental.org

14	2	SC 4469-1			Cumplida
15	2	2			Cumplida
16	2		2		Cumplida
17	2			2	Cumplida
18	2			2	Cumplida
19	2			2	Cumplida
Total	48	18	14	16	48

20

Porcentaje cumplimiento	38%	66,67%	100%	100%
--------------------------------	------------	---------------	-------------	-------------

Análisis:

En el Cuarto seguimiento del mes de diciembre se han cumplido las 48 acciones de mejora ejecutadas / las 48 de acciones programadas que corresponde a un cumplimiento del 100% del plan de Mejora.

Desarrollo de los Acciones Programadas de Estándares de acreditación

Estándar 1. Código: (AsDP1)

La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de dicha declaración y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (menores de edad, discapacidad que limita la autonomía, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros, lenguas indígenas o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, nacionalidad, valores, creencias, lengua, religión, grupo étnico, opinión política o filosófica, preferencias sexuales o condición médica.



- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.
- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

21

Acciones de Mejoramiento

1. Realizar socialización de Derechos y Deberes al personal de la Institución
2. Folletos Derechos y Deberes
3. Actualizar el Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-010-008-001
4. Socializar el Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-010-008-001

Acciones Realizadas

1. Se realizó Actualización del Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-PR-001 de fecha octubre 17 de 2024.
2. Se realizó Socialización del Procedimiento Información y Atención a los Usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- de fecha 17 de octubre de 2024.



3. Se realizó socialización de los derechos y deberes al personal de la institución (17 de septiembre);
4. Se realizó entrega de folletos de derechos y deberes en la sala de esperas de la institución

Estándar 3. Código: (AsDP3)

22

La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Acciones de Mejoramiento

1. Actualizar la Política de integridad;
2. Socializar la Política de integridad;
3. Implementar acciones de divulgación de cada uno de los valores.

Acciones Realizadas

1. Se cuenta con Política de Integridad - GGPE-027-020-001
2. Se realizó socialización de los valores de la política de Integridad en el comité de Gestión y Desempeño realizada el día 24 de Julio de 2024
3. Se realizó divulgación de los valores de la política de integridad en el fondo de la pantalla de los computadores (Pantallazo de la publicación de los valores).

Estándar 4. Código: (AsDP4)

La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.



Criterios:



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extra institucional ambulatoria o intrainstitucional prestada por terceros, se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.
- Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.

23

Acciones de Mejoramiento

1. Procesos y Procedimientos
2. Medición de Adherencia de los protocolos y guías de atención.
3. Auditorias de Historias Clínicas de los servicios de urgencias y consulta externa (Estas tres acciones son Transversales con los Estándares de Habilitación establecidas en la Resolución 3100 de 2019 y su cadena de valor por procesos)

Acciones Realizadas

1. Se han realizado actualización de **342** Procedimientos de los diferentes procesos relacionados así: Feb 3; marzo 1; abril 6; junio 103; Julio 83, agosto 73; septiembre 73.
2. Se realizó medición de la guía de manejo Hipertensivo (100%); Guía de manejo de crecimiento y Desarrollo (100%); Guía de manejo de incidencia de sífilis (se han atendidos 21 partos Cero (0) Casos de Sífilis.
3. Se realizó Auditoria de Historias Clínicas de los diferentes servicios con un total de 151 HC donde se verifico Registro; identificación del paciente; anamnesis; Análisis, diagnóstico y plan de manejo; Examen físico; Revisión por sistema

Estándar 6. Código: (AsSP2)

La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.



Incluye:



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

Criterios:

- La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.
- La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.
- La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.

24

Acciones de Mejoramiento

1. Aplicar la encuesta de percepción del clima de seguridad del paciente
2. Medición de la Encuesta de percepción del clima de seguridad del paciente

Acciones Realizadas

1. Se Actualizo la encuesta de clima de seguridad del paciente SP-020-001-010
2. Se realizó la medición de la encuesta del clima de seguridad del paciente a 41 colaboradores de los diferentes servicios.

Estándar 7. Código: (AsSP3)

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucra los pacientes y sus allegados en su seguridad.

Criterios:

1. Procesos institucionales seguros:
 - Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
 - Política institucional de Seguridad del Paciente.
 - Promoción de la cultura de seguridad.
 - Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo.

• Reporte, Análisis y Gestión.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

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

25

2. Procesos Asistenciales seguros:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir las complicaciones anestésicas.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
- Implementar equipos de respuesta rápida
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la trasfusión sanguínea
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
- Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.
- Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.

3. Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.



4. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad:

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.
- El listado completo y la descripción de cada práctica segura pueden ser consultados en la guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente.

26

Acciones de Mejoramiento

1. Actualización de la política de seguridad del paciente;
2. Socialización de la política de seguridad del paciente;
3. Actualización de la lista de chequeo de ronda de seguridad del paciente;
4. Socialización de la lista de chequeo de seguridad del paciente;
5. Medición de Reporte adversos;
6. Plan de mejora del análisis de Eventos Adversos;
7. Socialización de política de seguridad del Paciente;
8. Promoción de cultura de seguridad del paciente

Acciones Realizadas

1. Se realizó actualización de la política de seguridad del paciente (MSP-PO-001) de fecha 10 de julio de 2024
2. Se realizó actualización del formato de lista de chequeo de seguridad del paciente (SP-020-011-013)
3. Se realiza de manera mensual los reportes adversos En el tercer trimestre del año 2024 reportaron 16 eventos, se clasificaron así: Eventos Adversos 1, Incidentes 12 y Acciones Inseguras 3, se analizaron con el protocolo de Londres factores contributivos y análisis de causa (espina de pescado) código CEAM-020-003-004 Versión 002
4. Se cuenta con 10 planes de mejora producto de los análisis de los eventos adversos con un porcentaje de avance del 80% (Acta de seguimiento planes de mejora GAIC-011-026 Nro.04)
5. Se realiza socialización de la política de seguridad del paciente (22,23,24 y 25 de enero; 02 y 27 Feb; 16 abril; 27 junio; 10 Julio; 23 agosto y 17 septiembre);
6. Se realizó cultura de promoción de cultura de seguridad del paciente (16 abril; 27 junio; 10 Julio y 23 de agosto)
7. Se realizó socialización de la lista de chequeo de seguridad del paciente (10; 16 de 20 Oct; 07 Nov;)



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

8. Se realiza socialización de la política de seguridad del paciente (22,23,24 y 25 de enero; 02 y 27 Feb; 16 abril; 27 junio; 10 Julio; 23 agosto y 17 septiembre);

Estándar 8. Código: (AsSP4)

La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

Criterios:

- El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.
- El plan prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.
- Implementación de protocolos para la higiene de manos, mediante observación directa.
- Capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución y personal en formación.
- Evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.
- Información de los resultados alcanzados en la evaluación del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado.
- Utilización de los resultados para implementar mejoras en el proceso, cuando sea necesario.
- Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.
- El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones

Acciones de Mejoramiento

1. Actualización de Resolución de Comité de Infecciones
2. Actas de comité de infecciones

Acciones Realizadas

- Se ha realizado Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) Acta con Código SCH-010-014-01 AL 09 durante los meses: enero 18; febrero 15; marzo 21; abril 11; mayo 23; 18 junio; 30 Julio; 15 agosto y 24 septiembre del 2024
- Comité de Infecciones se ha realizado durante los meses: febrero 15; marzo 21; mayo 23; junio 18; Julio 30; agosto 15; 24 septiembre del 2024



Estándar 9. Código: (AsAC1)



La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.

Criterios:

- Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante.
- Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario.
- Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios.
- se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción.

28

Acciones de Mejoramiento

1. Actualización del Procedimiento de clasificación de Triage y tiempo de atención;
2. Socialización del Procedimiento de Clasificación del Triage
3. Implementar estrategia de enfoque diferencial a los usuarios

Acciones Realizadas

1. Se realizó Actualización del PROCEDIMIENTO: SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SEGÚN TRIAGE- Código: MSUR-PR-007 de fecha junio 11 de 2024.
2. Se implementaron estrategias de Enfoque diferencial Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud-GGGU-PR-001 de fecha octubre 17 de 2024 para la población de: Diversidad Sexual; habitantes de Calle; Víctimas de Conflicto Armado; Grupo Étnico; Grupo Etario; Población con Capacidades diferente.
3. Se realizó socialización de Procedimiento de Clasificación del Triage al personal asistencial (Julio 25 de 2024) al personal de Urgencia.

Estándar 10. Código: (AsAC2)

En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.

Acciones de Mejoramiento



1. Actualizar Procedimiento: Información y Atención a los Usuarios en el Hospital y Puestos de Salud
2. Socialización del Procedimiento: Información y Atención a los Usuarios en el Hospital y Puestos de Salud
3. Cronograma de Mantenimiento de los puestos de Salud

29

Acciones Realizadas

1. Se cuenta con cronograma de mantenimiento de (Infraestructura; aires acondicionados; Neveras; Red de Gases; Hidráulicos; eléctricos de la vigencia 2024).
2. Se realizó Actualización del Procedimiento Información y Atención a los usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- GGGU-PR-001 de fecha octubre 17 de 2024
3. Se realizó Socialización del Procedimiento Información y atención a los Usuarios en el Hospital y Puestos de Salud- de fecha 17 de octubre de 2024.

Estándar 11. Código: (AsAC3)

Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.

Acciones de Mejoramiento

1. Realizar actualización de los procedimientos
2. Socializar las actualizaciones realizadas a los procedimientos

Acciones Realizadas

1. Se han realizado actualización de 342 Procedimientos de los diferentes procesos relacionados así: Feb 3; marzo 1; abril 6; junio 103; Julio 83, agosto 73; septiembre 73.
2. Se ha realizado la socialización vía correo electrónico a los líderes del área responsables de las actualizaciones

Estándar 12. Código: (AsAC4)

Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.



Criterios:

- En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, Acordes con las necesidades del usuario



Acciones de Mejoramiento

- Realizar actualización al procedimiento de Atención de Pacientes en Urgencias
- Socializar al personal la actualización del procedimiento de Atención de Pacientes en Urgencias

30

Acciones Realizadas

1. Se realizó actualización del procedimiento de Atención de Pacientes en Urgencias (MSUR-PR-01) de fecha junio 11 de 2024
2. Se realizó socialización del procedimiento de Atención de Pacientes en Urgencias (MSUR-PR-01) de fecha junio 11 de 2024

Estándar 13. Código: (AsAC5)

La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Acciones de Mejoramiento

- Documentado de la Planeación para la prestación del servicio cuando aumente la Demanda, que incluya la definición de Estrategias para la Descongestión y la Mejora en los Tiempos de respuesta al Usuario
- Socialización del Documentos de la Planeación para la prestación del servicio cuando aumente la Demanda.

Acciones Realizadas

1. Se creó el procedimiento Planeación para la prestación del Servicio de urgencias cuando aumente la Demanda (MSUR-PR-022) de fecha Julio 04 de 2024
2. Realizo socialización del procedimiento Planeación para la prestación del Servicio de urgencias cuando aumente la Demanda (MSUR-PR-022) de fecha Julio 04 de 2024.



Estándar 14. Código: (AsAC6)



La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad

Criterios:

31

En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención.

La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso:

- Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.
- Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).
- Tiempos para la realización de interconsultas.
- Listas de espera para las patologías que lo ameritan.
- Demanda insatisfecha.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Acciones de Mejoramiento

1. Documentado de solicitud de interconsulta
2. Socialización del Documentado de solicitud de interconsulta

Acciones Realizadas

1. Se creó el protocolo para solicitud de interconsulta (MSUR-PT-033) de fecha 18 de junio de 2024 donde se estable en el servicio urgencia y hospitalización valoración de 1 Hora a partir del primer llamado en semana; 2 Horas para fines de semana y festivo.
2. Se realizó Socialización del protocolo para solicitud de interconsulta (MSUR-PT-033) de fecha 18 de junio de 2024 donde se estable en el servicio urgencia y hospitalización valoración de 1 Hora a partir del primer llamado en semana; 2 Horas para fines de semana y festivo.

Estándar 15. Código: (AsAC7)

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE



La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene previsto, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.

Acciones de Mejoramiento

- Actualizar el Portafolio de servicios de la Institución
- Socialización del Portafolio de Servicios institucional

Acciones Realizadas

1. Se cuenta con portafolio de servicios para la vigencia 2024 de los grupos de servicios (Internación, Quirúrgicos; Consulta externa; Enfermería; Protección específica; Apoyo Diagnóstico; Atención Inmediata; Apoyo diagnóstico y complementario; Servicios Extramurales).
2. Se realizó socialización de portafolio febrero 28; mayo 31 y septiembre 05 de 2024

Estándar 16. Código: (AsAC8)

Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

Criterios:

- El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.).
- La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios.
- El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s), cuando aplique.
- Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.
- Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.
- La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.
- La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.
- La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.

Acciones de Mejoramiento

- Establecer el sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet).
- Mecanismo de asignación de cita al usuario (Fecha; hora, Dirección y Profesional asignado),

33

Acciones Realizadas

1. Se encuentra establecido los mecanismos de atención de citas de manera presencial ubicado en el pasillo de consulta externa cuenta con un 3 auxiliar administrativo en un horario establecido de 7 a 4 en jornada continua y vía telefónico en el numero 602 6959595 extensión 132
2. Se cuenta con un formato de asignación de cita que contiene Datos de paciente (Nombre; Documento de identidad; Edad; Sexo; Dirección; teléfono; Celular; EPS); Datos de Cita (Fecha; Hora; Sede; Dirección Barrio; Ciudad; Consultorio; Valor; Medico)

Estándar 17. Código: (AsREG1)

Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.

Criterios:

- Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.
- Incluye el uso de controles de identificación redundante.
- Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:
- Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.
- Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
- Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.
- Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.
- Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.
- Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.

- Identificación de los pacientes en la urgencia.

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE



- Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización, en caso de presentarse alguna duda.
- La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.
- La organización cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.
- La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios.
- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Acciones de Mejoramiento

1. Realizar actualización al procedimiento de ATENCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS;
2. Socializar al personal la actualización del procedimiento de ATENCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS

Acciones Realizadas

1. Se realizó actualización del procedimiento de Atención de Pacientes en Urgencias (MSUR-PR-01) de fecha junio 11 de 2024
2. Se realiza socialización del procedimiento de Atención de pacientes en urgencias (MSUR-PR-01)

Estándar 18. Código: (AsREG2)

Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia.

Criterios:

- La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:
- Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.
- Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

- Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.
- La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.
- Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.
- Ubicación en la habitación y en el entorno.
- Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.
- Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.
- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

35

Acciones de Mejoramiento

1. Implementar el Procedimiento para el ingreso y egreso de paciente al servicio de Hospitalización
2. Socializar el Procedimiento de Ingreso y egreso de paciente en el servicio de Hospitalización

Acciones Realizadas

1. Se implementó el protocolo de ingreso Y Egreso de pacientes a Hospitalización (MSHP-PT-004) de fecha Julio 04 de 2024
2. Socializo el protocolo de ingreso Y Egreso de pacientes a Hospitalización (MSHP-PT-004) de fecha Julio 04 de 2024

Estándar 19. Código: (AsREG3)

En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos:

Criterios:

- Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.
- Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.
- Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.
- Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.



Acciones de Mejoramiento



1. Relación de Guías para la prestación de servicios
2. Relación de Protocolos para la prestación de los servicios.

Acciones Realizadas

1. La institución cuenta con 80 Guías de los siguientes servicios Cirugía 1; Consulta Externa 10; Hospitalización 18; Urgencias 35; Odontología 4; Enfermería 2; Laboratorio 1; Seguridad del Paciente 9.
2. La institución cuenta con 57 Protocolos de los siguientes servicios Cirugía 7; Consulta Externa 3; Hospitalización 2; Urgencias 35; Odontología 4; Enfermería 5; Seguridad del Paciente 1.

36

Servicio	Guías	Protocolos
Cirugía	1	7
Consulta Externa	10	3
Hospitalización	18	2
Urgencias	35	35
Odontología	4	4
Enfermería	2	5
Laboratorio	1	0
Seguridad del Paciente	9	1
	80	57



Evaluación del Plan de Acción

1. Indicador Nro. 2 (Resolución 408 de 2018)

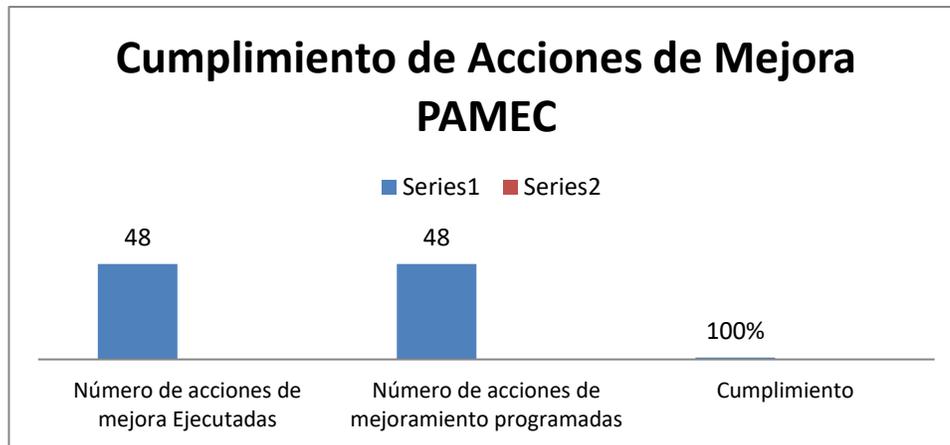
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

Formula del Indicador

Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

Número de acciones de mejora Ejecutadas	Número de acciones de mejoramiento programadas
48	48

Resultado: 100%



Aprendizaje Organizacional

El Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permita transformar la información obtenida de las actividades programadas en conocimiento, con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional, de esta forma se apuntaron a 28 oportunidades de mejoramiento enfocados en acreditación de los cuales se realizó actualización de procedimientos, guías; Protocolos, manuales; Planes; listas de chequeo y Registros; seguimientos en los

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.

Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595

NIT 800030924-0

YUMBO - VALLE



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.org

indicadores calidad de la Resolución 256 de 2016 y difusión de los derechos y deberes de los usuarios.

Procedimientos

1. Entrega y recibo de turno de enfermería
2. Planeación para la prestación del servicio de urgencias cuando aumente la demanda
3. Traslado de pacientes entre servicios
4. Visitas y acompañantes
5. Manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumos odontológicos
6. Cultura justa seguridad del paciente
7. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado
8. Unidad gestora de riesgo cardiovascular
9. Correcta identificación del paciente en cirugía
10. Valoración pre anestésica
11. Limpieza y desinfección en área de quirófano
12. Preparación asepsia y antisepsia en el sitio operatorio
13. Venopunción en cirugía

38

Protocolos

1. Preparación para toma de imágenes diagnosticas
2. Planeación para la prestación del servicio de urgencias cuando aumente la demanda
3. Ronda médica diaria y evolución de pacientes en urgencias
4. Información a familiares o responsables sobre el estado de salud del paciente
5. Manejo del paciente con patología psiquiátrica en urgencias
6. Solicitud de interconsulta
7. Manejo de pacientes en urgencias y hospitalización que por su condición clínica requieran aislamiento
8. Atención de emergencias obstétricas
9. Activación y direccionamiento a programa del buen morir
10. Recibo y entrega de turno en urgencia y hospitalización
11. Implementación código azul frente a un neonato en paro cardio respiratorio o con mala adaptación neonatal
12. Ingreso y egreso a hospitalización
13. Autocuidado del paciente
14. Hernia umbilical
15. Legrado uterino e histeroscopia
16. Pomeroy
17. Histerectomía
18. Resección de tumor (lipoma)
19. Hernia inguinal



Miembro de la
**Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES**
www.hospitalesporlasaludambiental.org

1. Guía de atención de enfermería en las urgencias neurológicas accidente cerebro vascular y convulsión
2. Guía para la realización de oxigenoterapia
3. Guía de cuidados de enfermería en pacientes con trauma de extremidades
4. Guía de cuidados de enfermería en pacientes con trauma múltiple
5. Guía clínica manejo crisis hipertensiva
6. Guía de descompensación diabética (cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar no cetósico)
7. Guía clínica de síndrome coronario agudo

39

Programa

1. Seguridad del paciente
2. Cirugía segura

Instructivo

1. Instructivo promoción y prevención para el manejo de insumos y biológicos en jornadas de atención extramural
2. instructivo de actividades de asesoría al usuario con riesgo

Vale la pena resaltar el compromiso del personal en el logro de las actividades, ya que se considera que a pesar del corto tiempo se logró cumplir en gran parte con las oportunidades planificadas, de las 48 acciones de mejora de los 10 Estándares priorizados de mejora programadas se ejecutaron en su totalidad 28 acciones que equivale a un 100%.


HAROLD FERNANDO MANCILLA SOLER
Subgerente Gestión de La Calidad

Elaboro y Proyecto: Leidy Johana Loiza M. –Profesional contratista/ Mejora Continua

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 602 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co