

Favorecer Las Actividades Del Sistema Único De Habilitación (Estándar De Procesos Prioritarios) Y Del Programa De Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad Con El Fin De Apoyar El Proceso De Acreditación Del Hospital Universitario San José De Popayán, Entre El Mes De Mayo A Julio Del Año 2022.



Luisa María Noguera Tulcán y Jenny Stephany Santana Hernández, Universidad del Cauca,
Popayán

Universidad Del Cauca

Facultad Ciencias de la Salud

Enfermera: Mag. Paola Andrea Vega Arias

Tutoras: Enf. Maria Cristina Muñoz Mosquera y Odt. Lilian Lucia Medina Bolaños, Hospital
Universitario San José, Popayán

Popayán Cauca, Colombia

23 de julio de 2022

Contenido

Introducción	4
Diagnóstico o descripción de la situación existente	5
Planteamiento del problema.....	7
5 ¿POR QUÉ? y 1 ¿PARA QUÉ?.....	7
¿Para qué?	7
¿Por qué?.....	7
¿Por qué?.....	8
¿Por qué?.....	8
¿Por qué?.....	8
¿Por qué?.....	9
Diagrama de Ishikawa, causa efecto	9
Justificación	9
Objetivos	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Marco Lógico.....	13
Metodología	19
Actividades.....	20
Información Y Divulgación De Resultados	22
Proyección.....	22
Resultados del ejercicio	23
Resultados objetivo específico 1	26
Resultados objetivo específico 2	32
Procesos prioritarios.....	32
PAMEC.....	43
Resultados objetivo específico 3	49
Procesos prioritarios.....	49
PAMEC	51
Conclusiones	54
Recomendaciones	56

Bibliografía	56
Anexos	58
Anexo 1. Listas de chequeo realizadas dentro del estándar procesos prioritarios	58
Anexo 2. Adherencia a la actividad 11 del PAMEC Gerencia de la Información, Procedimiento apertura, entrega y custodia de la historia clínica electrónica.	63
Anexo 3. Informe de cumplimiento socialización del ciclo de Atención consulta externa, Actividad 40 PAMEC Asistencial.....	64
Anexo 4. Socialización procedimiento quirúrgico, actividad 66 PAMEC asistencial.....	65
Anexo 5. Elaboración del Procedimiento para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes, actividad 105 PAMEC asistencial.	66
Anexo 6. Diseño, implementación y evaluación de estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo, actividad 134 PAMEC asistencial.	66
Anexo 7. Material educativo principales causas de morbilidad HUSJ, actividad 150.....	67
Anexo 8. Informe Consultador crónico, Cumplimiento actividades 155, 156, 157, 159, 160.	68
Anexo 9. Diseño, socialización, implementación y evaluación estrategia de comunicación del egreso del usuario a su respectiva EPS, actividad 168 PAMEC asistencial.	69
Anexo 10. Educación y socialización de actividades en los servicios asistenciales	70
Cronograma.....	71

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Indicador procesos prioritarios	24
Ilustración 2 Indicador PAMEC	25
Ilustración 3 Actividades Estándar de Procesos Prioritarios del HUSJ delegadas a estudiantes de Enfermería.....	27
Ilustración 4 Actividades PAMEC 2022 del HUSJ delegadas a estudiantes de Enfermería.	28
Ilustración 5 Certificado Subsanación de Hallazgos Procesos Prioritarios	49
Ilustración 6 Certificado Actividades Ejecutadas PAMEC 2022 HUSJ.....	51

Introducción

El Hospital Universitario San José, es una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, que busca garantizar la integralidad de la atención al paciente. El Manual de Calidad se articula con lo dispuesto en El Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual da las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), el cual comprende cuatro (4) componentes los cuales están planteados y reglamentados de manera clara y concreta para que las instituciones puedan cumplir con aquellos requisitos mínimos y trabajar por los máximos estándares de calidad. Los cuatro (4) componentes son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El Sistema Único de Habilitación (SUH) contiene siete (7) estándares, uno de ellos es el estándar de Procesos Prioritarios, el cual se basa en la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud. Teniendo en cuenta, que el HUSJ mantiene el cumplimiento de los criterios de Habilitación de los servicios, este se enfoca en lograr la certificación de todos los servicios actualmente Habilitados, con el fin de prestar servicios de alta calidad y así mismo, contribuir y lograr el proceso de Acreditación de la Institución.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Por consiguiente, el HUSJ se articula con el fin de prestar servicios de salud con altos estándares de

calidad, seguridad y humanización, para ello, se desarrolla un PAMEC anual que incluye el abordaje de actividades articuladas con los estándares contenidos en el Manual de Acreditación en Salud y así buscar la Acreditación de la Institución.

De ahí que, el presente proyecto se desarrolla con el fin de apoyar las actividades que en el HUSJ de Popayán se vienen adelantando para dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación en su estándar de Procesos Prioritarios y al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad del Sistema de Garantía de la Calidad, con el fin de alcanzar la acreditación de la Institución, durante los meses de mayo a Julio de 2022, en el marco del proyecto de Gestión del Programa de Enfermería X semestre de la Universidad del Cauca.

Diagnóstico o descripción de la situación existente

El HUSJ se articula con el Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual da las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) definido como el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país”.

Así pues, en el HUSJ se tienen en cuenta los cuatro (4) componentes del SOGCS para desarrollar actividades institucionales que den cumplimiento a los estándares contenidos en cada uno de los componentes y así buscar la acreditación en salud. Por ello, se desarrollan actividades

institucionales que dan cumplimiento a estos y requieren del continuo plan de mejora con la aplicación del ciclo PHVA.

El componente del Sistema Único de Habilitación (SUH) en su Estándar de Procesos Prioritarios se encarga de la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible en cada uno de los servicios de salud, por ese motivo, algunas de las actividades realizadas de manera activa y rigurosa es la gestión documental de los procesos asistenciales de la Institución como la revisión, ajuste, caracterización y actualización de documentos, la adherencia por medio de lista de verificación, organización documental en carpetas de lo diferentes servicios, elaboración de listas de chequeo, atención de auditorías de certificación, entre otros. Muchas de estas actividades se encuentran incompletas y requieren ejecución.

Otro de los componentes del SOGCS es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el cual, es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios. De tal forma, el HUSJ se articula con el fin de prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización, para ello, se desarrolla un PAMEC anual que incluye el abordaje de actividades articuladas con los estándares contenidos en el Manual de Acreditación en Salud, versión 3.1.

El PAMEC 2022 del HUSJ se divide en: Asistencial, de Direccionamiento, y Gerencia de la información, en total suman 330 actividades en función de mejora continua y la aplicación del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar). Estas actividades requieren de un trabajo coordinado y articulado con los líderes de calidad, el cual, se ve limitado por las numerosas responsabilidades de sus jornadas laborales lo que dificulta el cumplimiento oportuno de ellas.

La Acreditación en salud es voluntaria para las instituciones, mientras que la Habilitación es de obligatorio cumplimiento para la prestación de servicios de salud. No obstante, el HUSJ pretende ser un referente en prestación de servicios de salud con estándares altos de calidad a nivel local, regional y suroccidental. Esta transformación requiere de un proceso promovido desde el direccionamiento y el talento humano, teniendo en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas. Los resultados del mejoramiento continuo organizacional requieren el éxito del trabajo en equipo, articulado con las necesidades de la institución y el comprender que la acreditación en salud es una forma de demostración del compromiso social de las instituciones y que el Hospital quiere alcanzar.

Planteamiento del problema

5 ¿Por Qué? y 1 ¿Para Qué?

¿Para qué?

Favorecer las actividades del Sistema de Garantía de la Calidad en sus componentes del Sistema Único de Habilitación (estándar de Procesos Prioritarios) y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, con el fin de apoyar el proceso de acreditación del Hospital Universitario San José de Popayán, entre el mes de mayo a julio del año 2022

¿Por qué?

El Sistema Único de Habilitación en su Estándar de Procesos Prioritarios aborda unas actividades que contribuyen al proceso de gestión documental oportuna de los servicios asistenciales; con el PAMEC se espera prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes, para ello, se requiere la implementación de las actividades planteadas, la obtención de resultados comparables con referentes nacionales e internacionales y un sistema de evaluación y mejora de los procesos institucionales.

¿Por qué?

Las actividades deben estar soportadas por documentos elaborados con rigurosidad y gestión documental acorde con las condiciones del SOGCS, el Sistema Único de Habilitación en su Estándar de Procesos Prioritarios, lo dispuesto en el PAMEC y el ejercicio de aplicación y articulación dentro de las actividades institucionales.

¿Por qué?

El despliegue de las acciones requiere un proceso continuo de actualización, mejora y autoevaluación de las condiciones actuales del Sistema Único de Habilitación en su Estándar de Procesos Prioritarios y el PAMEC.

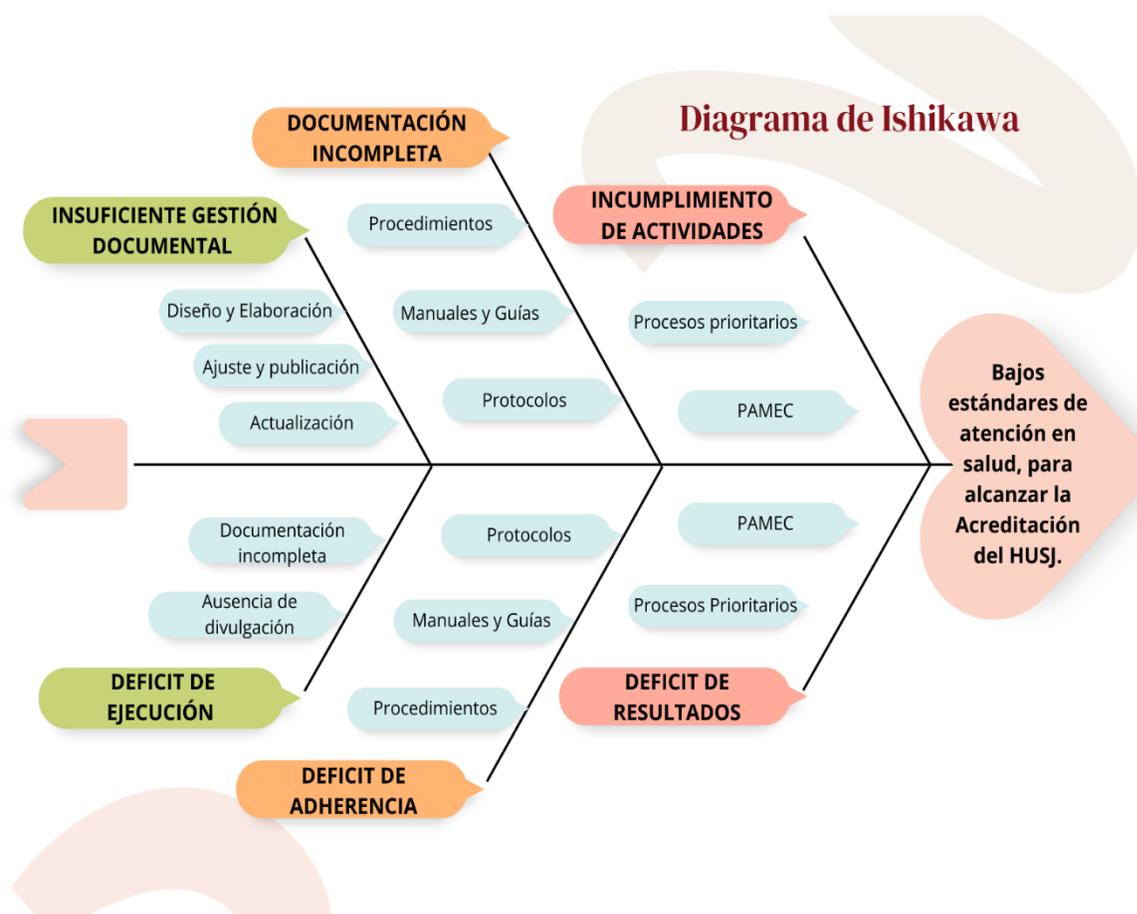
¿Por qué?

La acreditación institucional es un proceso de libre elección que el HUSJ ha asumido y requiere un trabajo activo y coordinado para dar cumplimiento a lo contenido en el SOGCS, el Sistema Único de Habilitación en su Estándar de Procesos Prioritarios y el PAMEC.

¿Por qué?

Uno de los pilares del programa es el mejoramiento continuo de la calidad, y se desarrolla mediante la metodología PHVA (Planear; Hacer, Verificar y Actuar), por ello, se parte de una delimitación de las actividades y la fase en que se encuentran.

Diagrama de Ishikawa, causa efecto



Justificación

El Hospital Universitario San José, como institución de salud se encuentra cada vez más inmerso en el proceso de alcanzar la Acreditación en salud, por lo que, se encuentra implementando mecanismos que permitan mantener el equilibrio entre factores externos e internos y garanticen la prestación en salud con estándares de calidad. Estos estándares deben ser entendidos como el mejor resultado para el paciente, a la luz del conocimiento y teniendo en cuenta la utilización óptima de los recursos.

El Sistema Único de Habilitación (SUH) es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). Este componente lo rige la Resolución 3100 de 2019 y contiene siete (7) estándares, entre los cuales se encuentran: 1. Talento humano, 2. Infraestructura, 3. Dotación, 4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, 5. Procesos prioritarios, 6. Historia clínica y registros, 7. Interdependencia.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Está contenido en el Decreto 1011 de 2006 el cual orienta a los diferentes actores del sistema hacia la utilización de metodologías e instrumentos, armonizados con sus condiciones específicas y adaptándolos de manera responsable y creativa, promoviendo la gestión de los procesos de calidad, convirtiendo a

la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

El Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, contiene los parámetros para que las instituciones de salud voluntariamente se acojan al proceso de Acreditación. Por lo anterior, las actividades establecidas en el estándar de Procesos Prioritarios y el PAMEC del HUSJ en función del proceso de Acreditación, adquieren el compromiso de mejora continua mediante el ciclo PHVA, y el desarrollo oportuno de las actividades institucionales articuladas con lo dispuesto en los estándares del SUH y el PAMEC.

El HUSJ busca que la prestación de sus servicios sea con altos estándares de calidad, seguridad, y humanización en la atención de los pacientes. Actualmente cuenta con 84 servicios habilitados de los cuales 64 están certificados. Esto se logra gracias a la gestión activa y coordinada de sus funcionarios y la mesa gerencial. El objetivo del HUSJ es dar cumplimiento al 100% de los estándares de habilitación de los 84 servicios de salud que ofrece, ser un hospital acreditado con elaboración e implementación del 50% del plan de mejora de las actividades institucionales que dan cumplimiento a los estándares de acreditación, e implementación del 90% de la política de humanización y seguridad del paciente evaluadas y actualizadas.

Con relación al PAMEC, el HUSJ aborda las actividades articuladas con los estándares contenidos en el Manual de Acreditación en Salud versión 3.1, cuenta con 330 actividades en función de mejora continua y la aplicación del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar, actuar). Estas actividades requieren de un proceso continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben sus usuarios.

En este sentido, el estándar de Procesos Prioritarios y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad armoniza los elementos de la prestación de los servicios de salud tanto técnicos como administrativos y afianza los conocimientos relacionados con las exigencias y procesos que se deben llevar a cabo en la actualidad para brindar una atención de calidad y enfocarse en la seguridad del paciente; Los beneficios son para el paciente, la institución y la sociedad, en donde se refleja el impacto en servicios de salud de alta calidad, puesto que en la institución se realiza la atención de forma segura, oportuna, obedeciendo a lo relacionado con la cultura de la seguridad del paciente, permitiendo satisfacer las necesidades de los usuarios, su familia y la comunidad.

Objetivos

Objetivo General

Contribuir en las actividades del Sistema Único de Habilitación (estándar de Procesos Prioritarios) y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con el fin de apoyar el proceso de acreditación del Hospital Universitario San José de Popayán, entre el mes de mayo a julio del año 2022.

Objetivos Específicos

- Identificar las actividades del estándar de Procesos Prioritarios y del PAMEC 2022 que se encuentran en fase de ejecución en el HUSJP.

- Apoyar la documentación de las actividades identificadas en fase de ejecución del estándar de Procesos Prioritarios en los servicios pendientes a certificar y del PAMEC 2022 con el fin de dar cumplimiento a la proyección de la Acreditación del HUSJP.
- Ejecutar las actividades identificadas en fase de ejecución del PAMEC 2022 y subsanar los hallazgos de los servicios evaluados del estándar de Procesos Prioritarios en el HUSJP.

Marco Lógico

	Resumen narrativo	Indicadores Objetivamente Verificables	Medios de Verificación	Supuestos
Objetivo General	Contribuir en las actividades del Sistema Único de Habilitación (estándar de Procesos Prioritarios) y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con el	Porcentaje de actividades realizadas del estándar de Procesos Prioritarios entre el mes de mayo y julio 2022, sobre el número total de actividades del estándar de Procesos Prioritarios 2022 del HUSJ.	Informe de resultados de Procesos Prioritarios y PAMEC.	-Desconexión de las actividades propuestas para el cumplimiento del objetivo. -Componentes administrativos

	<p>fin de apoyar el proceso de acreditación del Hospital Universitario San José de Popayán, entre el mes de mayo a julio del año 2022.</p>	<p>Porcentaje de actividades realizadas del componente Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022, sobre el número total de actividades del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022 del HUSJ.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Acciones laborales de los profesionales - Falta de Disposición y Cooperación por parte de los funcionarios. - Documentación no aprobada.
<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Identificar las actividades del estándar de Procesos Prioritarios y del PAMEC 2022 que se encuentran en fase de ejecución en el HUSJP.</p>	<p>Porcentaje de actividades del estándar de Procesos Prioritarios 2022 del HUSJ de Popayán en fase de ejecución, sobre el número total de actividades del estándar de Procesos</p>	<p>Delegación documental de actividades del Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC 2022 del HUSJ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limitantes administrativos y gerenciales. - Dificultad para acceso a la información. - Conocimiento y experticia en

		<p>Prioritarios 2022 del HUSJ.</p> <p>Porcentaje de actividades del PAMEC 2022 del HUSJ de Popayán en fase de ejecución, sobre el número total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJ.</p>		<p>el manejo de la información.</p>
	<p>Apoyar la documentación de las actividades identificadas en fase de ejecución del estándar de Procesos Prioritarios en los servicios pendientes a certificar y del</p>	<p>Porcentaje de documentos elaborados de las actividades identificadas en fase de ejecución del estándar de Procesos Prioritarios 2022, sobre el número total de actividades del estándar de Procesos</p>	<p>- Base de datos de documentos elaborados.</p> <p>- Plataforma Vulcano.</p> <p>- Referentes bibliográficos .</p>	<p>- Tiempo</p> <p>- Tecnológicos.</p> <p>- Internet.</p> <p>-Administrativos y gerenciales.</p>

	<p>PAMEC 2022 con el fin de dar cumplimiento a la proyección de la Acreditación del HUSJP.</p>	<p>Prioritarios 2022 del HUSJP.</p> <p>Porcentaje de documentos elaborados de las actividades identificadas en fase de ejecución del PAMEC 2022, sobre el número total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJP.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Gran número de personal en la oficina. - Conocimiento y experticia en el manejo de la información. - Inaceptabilidad y/o correcciones.
	<p>Ejecutar las actividades identificadas en fase de ejecución del PAMEC 2022 y subsanar los hallazgos de los servicios evaluados del</p>	<p>Porcentaje de actividades ejecutadas del PAMEC 2022 del HUSJP, sobre el número total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plataforma Vulcano. - Informe de ejecución de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempo. - Componentes administrativos - Acciones laborales de los profesionales, como por

	estándar de Procesos Prioritarios en el HUSJP.	Porcentaje de actividades ejecutadas del estándar de Procesos Prioritarios 2022, sobre el número total de actividades del estándar de Procesos Prioritarios 2022 del HUSJP.		ejemplo, falta de tiempo, no prestar atención, espacios de socialización limitados. - Falta de Disposición y Cooperación. parte de los funcionarios.
Actividades	1. Revisión del Manual de calidad del HUSJ de Popayán para comprender la articulación del componente Sistema Único de Habilitación en su Estándar de Procesos		1. Cronograma de actividades. 2. Bitácora. 3. Base de datos de documentos elaborados.	- Tiempo - Tecnológicos. - Internet. -Administrativos y gerenciales.

	<p>Prioritarios y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el diseño institucional 2022 y las actividades que se encuentran en fase de ejecución.</p> <p>2. Apoyo documental según las actividades que se encuentran en fase de ejecución del Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC 2022 del</p>		<p>4. Plataforma Vulcano.</p> <p>5. Informe de actividades realizadas.</p> <p>6. Evidencias fotográficas.</p>	<p>- Gran número de personal en la oficina.</p> <p>- Conocimiento y experticia en el manejo de la información.</p> <p>- Inaceptabilidad y/o correcciones.</p> <p>- Falta de Disposición y Cooperación. parte de los funcionarios.</p>
--	---	--	---	---

	<p>HUSJ de Popayán.</p> <p>3. Corrección de hallazgos e implementación de actividades identificadas en fase de ejecución del Estándar de Procesos Prioritarios y del PAMEC 2022 del HUSJP.</p>			
--	--	--	--	--

Metodología

Conforme a los objetivos y las actividades planteadas, la metodología es abordada de la siguiente manera:

En primera instancia, se realiza una conceptualización sobre la articulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en el HUSJ de Popayán, con el fin de comprender

la gestión de los componentes dentro de la institución y conocer de manera específica el Sistema Único de Habilitación y su Estándar de Procesos Prioritarios, y el PAMEC 2022 creado. Para ello, se coordinó un primer contacto con los Líderes de la oficina de calidad del HUSJ, con quienes se trabajó.

En esa medida, el primer acercamiento es un punto clave para obtener acceso al Manual de Calidad, el Sistema Único de Habilitación y su Estándar de Procesos Prioritarios, y PAMEC 2022 del HUSJ.

Posteriormente, junto a cada líder de los procesos PAMEC y Procesos Prioritarios, se delimitan las actividades sobre las cuales podemos contribuir, teniendo en cuenta las habilidades, conocimientos y competencias a adquirir en la práctica de Gestión.

Se realiza gestión documental para dar cumplimiento al Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC; son elaborados con base a las especificaciones de cada actividad, también, se hace uso de normativas nacionales e internacionales, revisiones de literatura y documentos institucionales que puedan contribuir al proceso.

Finalmente se implementan las actividades teniendo en cuenta las estrategias de información y comunicación en salud, se hace uso de material digital y físico.

Actividades

Se revisa el Manual de calidad del HUSJ de Popayán para comprender la articulación de los componentes del SUH en su Estándar de Procesos Prioritarios y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, y así determinar las actividades que se encuentran en fase de

ejecución y que son delegables a las responsables del presente proyecto. De esta manera se parte por la identificación del Manual de Calidad del Hospital, el equipo y espacio de trabajo y los insumos con que se disponía para la realización del presente proyecto. También, se identifica la necesidad inmediata de la institución sobre la cual se basa el objetivo general del proyecto y consigo el fundamento práctico de gestión del programa de Enfermería.

Seguidamente, se da cumplimiento al segundo objetivo específico y se elaboran documentos que dan cumplimiento a las actividades del Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC 2022 en fase de ejecución, para ello, en primera medida se identificó la antigüedad del documento, si se encontraba un borrador o, por el contrario, si era necesario diseñar, actualizar o ajustar el documento. Así mismo, se realizó retroalimentación bibliográfica y búsqueda de asesoramiento por parte de los funcionarios de la institución que pudieran contribuir desde su experiencia y experticia en los temas.

A causa de ello, fue necesario crear una lista de actividades en función de la prioridad en su ejecución, con el fin de formar parte del equipo de trabajo de la oficina de calidad y articular nuestra labor junto a las acciones que ellos desempeñan a diario.

Finalmente se realizó corrección de hallazgos e implementación de actividades del Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC 2022 abordadas, teniendo en cuenta la especificidad de la actividad. Es decir, se lleva a cabo despliegue de las actividades por medio de socializaciones en las unidades y con líderes de calidad, se evaluó la adherencia por medio de listas de chequeo, se realizaron sesiones educativas evaluadas con pre y pos test, haciendo uso de estrategias y tecnologías de información y comunicación en salud, así mismo, se gestiona los espacios de socialización con los diferentes líderes de las unidades y coordinadores de calidad.

Adicionalmente, las actividades del PAMEC requieren codificación y publicación en vulcano, motivo por el cual, fueron gestionadas de esta manera.

Información Y Divulgación De Resultados

La gestión documental realizada, fue revisada y aprobada por las líderes de Procesos Prioritarios y PAMEC, quienes posteriormente enviaban a planeación para que fueran subidos en Vulcano (Plataforma Institucional para la gestión de la información), o nos autorizaron para hacerlo desde nuestro rol y liderazgo. Así pues, en el mapa de procesos los documentos se encuentran a disposición de todos los funcionarios del Hospital.

Por otro lado, algunas de las actividades educativas fueron puestas a disposición en primera instancia y según el objeto, a los líderes de las unidades, y en segunda medida difundidas a los funcionarios por medio de la plataforma learning, cuestionarios google forms y actividades de socialización presencial; para lo cual se registró asistencia y se guarda soporte fotográfico.

Finalmente, se socializa el producto en el HUSJ el día 22 de julio de 2022 de 2:00 pm a 4:00 pm con la presencia de los funcionarios del Área de Aseguramiento de Calidad, quienes aprueban el presente proyecto y dan fe de cumplimiento de los objetivos trazados.

Proyección

El cronograma se desarrolló teniendo en cuenta:

- Actividades del Estándar de Procesos Prioritarios y PAMEC 2022.
- Mes en el que estaba programada la actividad
- Disponibilidad de coordinadores de unidades
- Cumplimiento personal del proyecto.

Mencionado esto, se formuló de la siguiente manera:

- *Mes de mayo*: Semana 3: reconocimiento y planeación. Semana 4: Diseño y elaboración del documento.
- *Mes de junio*: Semana 1, 2: Diseño y elaboración. Semana 3, 4 y 5: Ejecución.
- *Mes de julio*: Semana 1: Ejecución. Semana 2: evaluación. Semana 3: Ajustes, sustentación y entrega de informe final en el HUSJ de popayán y a la docente encargada de la práctica rural.

No obstante, las actividades fueron alternadas y puestas a ejecución desde la semana 1 del mes de mayo.

Resultados del ejercicio

El siguiente proyecto se llevó a cabo en el área de Aseguramiento de la Calidad en el HUSJ, del cual se obtuvo los siguientes resultados:

El objetivo general que se planteó fue contribuir en las actividades del Sistema Único de Habilitación (estándar de Procesos Prioritarios) y del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con el fin de apoyar el proceso de acreditación del Hospital

Universitario San José de Popayán, entre el mes de mayo a julio del año 2022, para el cual, se construyeron dos indicadores, 1 de Procesos Prioritarios y el otro de PAMEC.

El porcentaje de cumplimiento de actividades desarrolladas dentro del Estándar de Procesos Prioritarios es del 24,60%, arrojando un resultado satisfactorio dentro de la meta inicial que se estableció en el momento de la identificación de las actividades a desarrollar de este proceso.

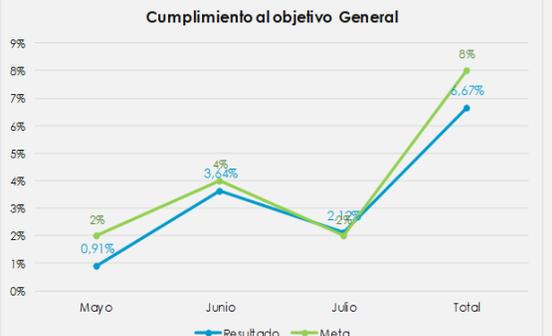
Ilustración 1 Indicador procesos prioritarios

REPORTE Y ANÁLISIS DE INDICADOR																
Aspectos Generales																
Nombre del Indicador		Fecha de Reporte														
Cumplimiento al objetivo General		13	JULIO	2022												
Fórmula del Indicador		Análisis General														
(Numero de actividades realizadas del Estandar de Procesos Prioritarios entre el mes de mayo y julio de 2022 / Numero Total de actividades del Estandar de Procesos Prioritarios 2022) * 100%		Entre el mes de mayo a julio del año 2022 se logra un cumplimiento de 123 actividades lo que representa un 24.60% con relación al total de actividades del Estándar de Procesos Prioritarios del HUSJ, considerandose como satisfactorio con relación a la meta establecida.														
<p>Cumplimiento al objetivo General</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Resultado</th> <th>Meta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mayo</td> <td>5,60%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Junio</td> <td>10,60%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Julio</td> <td>8,40%</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>24,60%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>					Mes	Resultado	Meta	Mayo	5,60%	5%	Junio	10,60%	5%	Julio	8,40%	5%
Mes	Resultado	Meta														
Mayo	5,60%	5%														
Junio	10,60%	5%														
Julio	8,40%	5%														
Total	24,60%	5%														
Numerador		Denominador		Rango de Calificación												
Numero de actividades realizadas del Estandar de Procesos Prioritarios entre el mes de mayo y julio de 2022		Numero Total de actividades del Estandar de Procesos Prioritarios 2022		SATISFACTORIO												
				ACEPTABLE												
				DEFICIENTE												
Fuente Numerador		Fuente Denominador		Rango de Calificación Obtenida												
Plan de Trabajo		Procesos Prioritarios Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E		24,60%												
Mes	Mayo	Junio	Julio	Total												
Numerador	28	53	42	123												
Denominador	500	500	500	500												
Resultado	5,60%	10,60%	8,40%	24,60%												
Meta	5%	5%	5%	5%												
Diligenciado Por	Luisa Maria Nogera Tulcán Ruralita Enfermería 10º Semestre		Aprobado Por	Enf. Paola Andrea Vega Arias Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad												

Teniendo en cuenta el número de actividades realizadas del componente PAMEC sobre el total de actividades PAMEC 2022 del HUSJ, el indicador es del 6.67%, con un rango de calificación aceptable. Se da cumplimiento a 22 de 25 actividades identificadas. Las 3 actividades faltantes, no se logra su ejecución debido a:

1. No se puede establecer diálogo con el líder de cirugía para recibir indicación sobre el desarrollo de la actividad 62
2. La actividad 92 depende de temas contractuales.
3. El tiempo de permanencia durante la práctica de Gestión del Cuidado, limita las posibilidades del trabajo articulado con la coordinadora de comunicaciones y humanización para establecer conjuntamente las definiciones a adoptar dentro de la política para reducir la contaminación visual y auditiva y promover condiciones de silencio (actividad 106), ya que no se halla referentes bibliográficos confiables.

Ilustración 2 Indicador PAMEC

REPORTE Y ANÁLISIS DE INDICADOR				
Aspectos Generales				
Nombre del Indicador		Fecha de Reporte		
Cumplimiento al objetivo General		13	JULIO	2022
Fórmula del Indicador		Análisis General		
(Numero de actividades realizadas del componente Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022 / Numero Total de actividades del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022)*100%		<p>Entre el mes de mayo a julio del año 2022 se logra un cumplimiento de 23 actividades lo que representa un 6,97% con relación al total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJ, considerandose como aceptable con relación a la meta establecida.</p>		
				
Numerador	Denominador	Rango de Calificación		
Numero de actividades realizadas del componente Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022	Numero Total de actividades del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 2022	SATISFACTORIO		
		ACEPTABLE		
		DERCIENTE		
Fuente Numerador	Fuente Denominador	Rango de Calificación Obtenida		
Plan de Trabajo	PAMEC Hospital Universitario San José de Popayán, E.S.E	6,67%		
Mes	Mayo	Junio	Julio	Total
Numerador	3	12	7	22
Denominador	330	330	330	330
Resultado	0,91%	3,64%	2,12%	6,67%
Meta	2%	4%	2%	8%
Diligenciado Por	<p>_____ Luisa Maria Nogera Tulcán Ruralita Enfermería 10º Semestre</p>		Aprobado Por	<p>_____ Enf. Paola Andrea Vega Arias Coordinadora de Aseguramiento de la Calidad</p>
	<p>_____ Jenny Stephany Santana Hernandez Ruralita Enfermería 10º Semestre</p>			

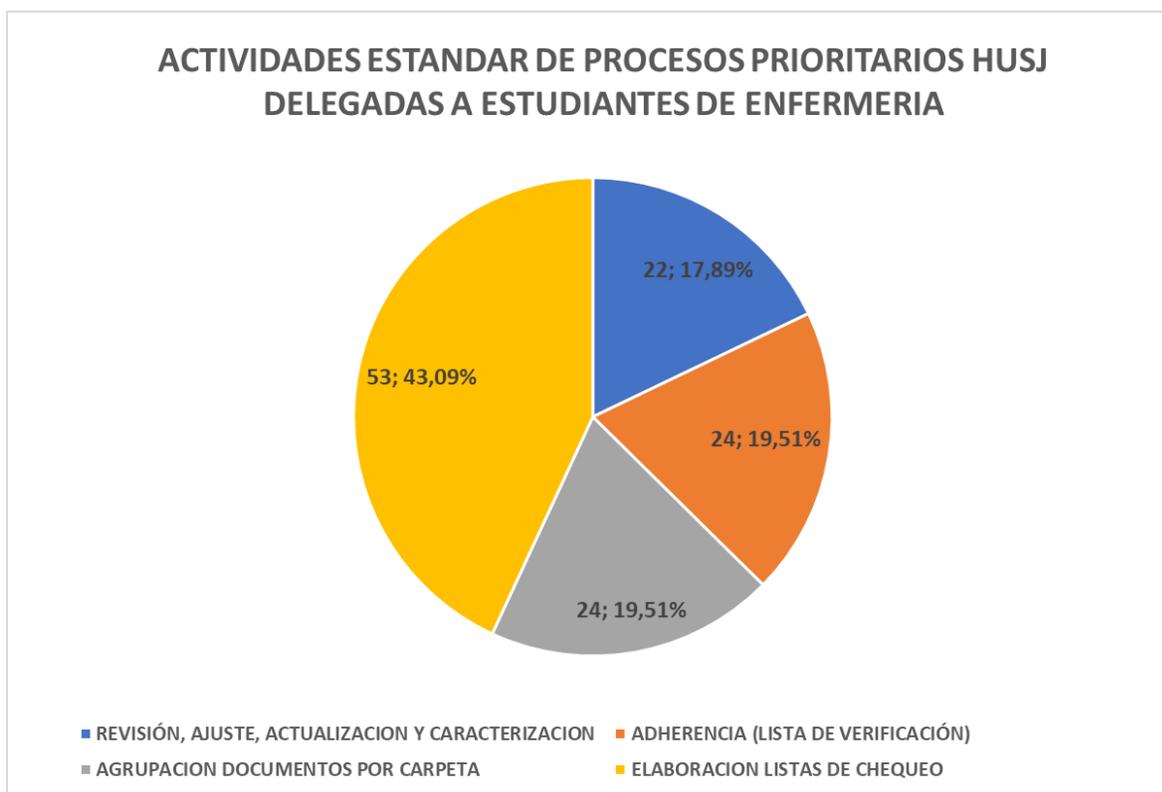
Resultados objetivo específico 1

Se identificaron las actividades del estándar de Procesos Prioritarios y del PAMEC 2022 que se encontraban en fase de ejecución en el HUSJP. Adicionalmente, se tuvo en cuenta que fueran actividades alcanzables dentro del tiempo para el desarrollo del presente proyecto. A

continuación, se enlistan en las tablas 1 y 2 las actividades del estándar procesos prioritarios y el PAMEC 2022 respectivamente, y el porcentaje de cumplimiento.

Del Estándar Procesos Prioritarios, se identificaron 123 actividades, de las cuales, el 43,09% corresponde a elaboración de listas de chequeo, el 39,02% son agrupación de documentos por carpeta y adherencia, y el 17,89% son revisión, ajuste, actualización y caracterización de documentos.

Ilustración 3 Actividades Estándar de Procesos Prioritarios del HUSJ delegadas a estudiantes de Enfermería.



Las actividades fueron agrupadas por áreas de servicios del HUSJ. A continuación, se enlistan de la siguiente manera:

Tabla 1 Actividades Estándar de Procesos Prioritarios

CONVENIO DOCENCIA - SERVICIO HUSJ					
SISTEMA UNICO DE HABILITACION					
ACTIVIDADES ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS					
RESPONSABLE: LUISA MARIA NOGUERA TULCAN, ESTUDIANTE RURALITA ENFERMERIA X SEMESTRE					
COORDINADORA RURAL: ENF. PAOLA ANDREA VEGA ARIAS					
LIDER: ENF. MARIA CRISTINA MUÑOZ					
DEPENDENCIA	REVISIÓN, AJUSTE, ACTUALIZACION Y CARACTERIZACION	ADHERENCIA (LISTA DE VERIFICACIÓN)	AGRUPACION DOCUMENTOS POR CARPETA	ELABORACION LISTAS DE CHEQUEO	TOTAL
ONCOLOGIA	5			3	8
SIAU	1			1	2
HUMANIZACION	1			2	3
TRABAJO SOCIAL	1				1
CIRUGIA	1				1
TODOS LOS SERVICIOS	1	1	1	7	10
NEONATOLOGIA	5	3	3	5	16
PEDIATRIA	5	4	4	5	18
URGENCIAS ADULTO	2	1	1	5	9
UCI Y UCIN		2	2	5	9
FARMACEUTICO		1	1	5	7
IMÁGENES DIAGNOSTICAS		2	2	5	9
HOSPITALIZACION ADULTOS		7	7	5	19
PATOLOGIA		1	1	2	4
LABORATORIO CLINICO		1	1		2
ATENCION AL PARTO		1	1	3	5
TOTAL	22	24	24	53	123
	17,89%	19,51%	19,51%	43,09%	100%
N° DE ACTIVIDADES CUMPLIDAS	22	24	24	53	123
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%

Teniendo en cuenta el total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJ (330) se identifican 25 actividades delegables y en proceso de ejecución (7%), de las cuales, el 25% hacen parte del PAMEC Gerencia de la Información (6 actividades) y el 75 % restante del PAMEC asistencial (18 actividades).

Ilustración 4 Actividades PAMEC 2022 del HUSJ delegadas a estudiantes de Enfermería.

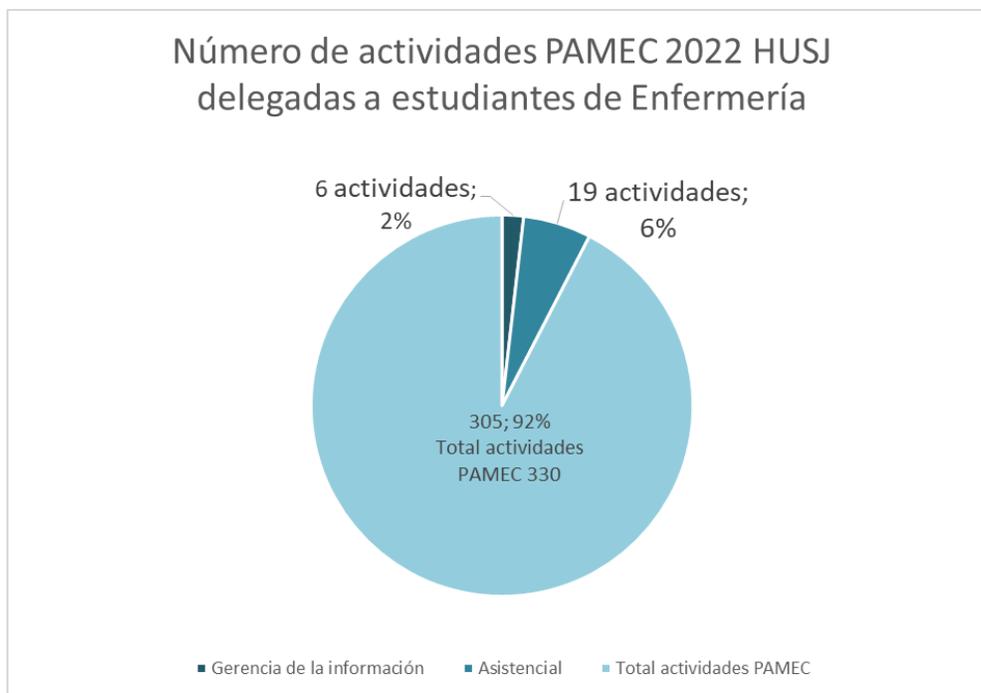


Tabla 2 Actividades PAMEC 2022 HUSJ, en proceso de ejecución y con posibilidad de delegación.

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES PAMEC 2022 HUSJ DELEGABLES A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO, ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA				
PAMEC	Estandar	N° de actividad	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	150 La gestión de la información relacionada con los registros clínicos sean medio físico o electrónicos, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	9	Elaborar lista de chequeo para el procedimiento de manejo de la historia clínica electrónica.	Jenny S2
		10	Socializar resultados de adherencia según ciclo de mejoramiento encontrado (PHVA).	
		11	Socializar resultados de adherencia a los procedimientos de: Manejo de historia clínica electrónica.	
		12	Socializar resultados de adherencia al procedimientos de: apertura, entrega y custodia de la historia clínica electrónica.	
		13	Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: recepción, custodia escaneo y archivo de documentos clínicos.	
		14	Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: procedimiento de conservación, custodia de historia clínica.	

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES PAMEC 2022 HUSJ DELEGABLES A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO, ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA					
PAMEC	Estandar	N° de actividad	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	
ASISTENCIAL	7	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	33	Realizar actividades preventivas que minimicen el cansancio del personal de salud.	Luisa M Jenny S2
	11	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.	40	Socializar con estrategias de impacto al personal del primer nivel, asistencial y administrativo para el adecuado reconocimiento del ciclo de atención.	Jenny S2
			41	Realizar evaluación de adherencia al reconocimiento del ciclo de atención y según resultados realización de planes de mejora.	
	15	La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	55	Realizar rutas de información sobre cada uno de los procesos que contenga la información de la AREPEES-R.	
			56	Subir las rutas a vulcano de manera que puedan ser consultadas por todo el personal.	
	17	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.	62	Realizar seguimiento a la medición de cumplimiento de las prioridades en cirugía y según resultados establecer plan de mejora. (Triage Quirúrgico).	Jenny S2
	19	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.	66	Solicitar a estadística lista de procedimientos institucionales que requieran preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención junto con la información brindada ya sea física o en el sistema de información y plan de mejora según hallazgos encontrados.	Luisa M.
	29	La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	92	Estructurar un programa de atención nutricional institucional donde se incluya la definición de un equipo de soporte nutricional.	Jenny S2

PAMEC	Estandar	N° de actividad	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	
ASISTENCIAL	33	104	Actualizar el procedimiento donde se define los horarios de visitas.	Luisa M.	
		105	Diseñar procedimiento para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.	Jenny S2	
		106	Documentar política para reducir la contaminación visual y auditiva y proomover condiciones de silencio.		
	41	Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	134	Diseñar e implementar y evaluar estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo.	
	46	La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	150	De acuerdo a las primeras causas de morbilidad institucional diseñar material educativo para incluirlo en las memorias de los TV, página web, la intranet.	Luisa M.
	47	La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	155	Actualizar procedimiento de consultador crónico institucional.	
			156	Socializar el procedimiento de consultador crónico. (REVISAR ESTANDAR 49).	
			157	Realizar adherencia al procedimiento del consultador crónico.	
	49	La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	159	Crear la estadística de consultador crónico.	Jenny S2
			160	Socialización de los resultados de consultador crónico , marzo 2022. Coordinaciones de urgencias y consulta externa.	
51	La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	168	Diseñar, socializar, implementar y evaluar estrategia de comunicación del egreso del usuario a su respectiva EPS.		

Resultados objetivo específico 2

Se apoyó la documentación de las actividades identificadas en fase de ejecución y con posibilidad de delegación del estándar de Procesos Prioritarios y del PAMEC 2022 en un 24.60% y 6.97% respectivamente.

Procesos prioritarios.

Con Relación al Estándar de Procesos Prioritarios, se establecieron 4 objetivos, con 123 actividades, de las cuales, el 43,09% equivale a elaboración de listas de chequeo, el 39.02% a adherencia y agrupación de documentos por carpeta y el 17,89% a revisión, ajuste, actualización y caracterización.

Tabla 3 Actividades de Procesos Prioritarios

Actividades Estándar Procesos Prioritarios			
No. 1 Revisión, Ajuste, Actualización Y Caracterización De Documentos			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
Revisar, ajustar, actualizar y caracterizar los	Oncología:	Respectivo documento (procedimie	Envío de documento a planeación.

<p>documentos de los servicios de oncología, SIAU, Humanización, Trabajo Social, Cirugía, Neonatología, Pediatría, Urgencias Adultos y Todos los servicios.</p>	<p>Guia leucemia linfoide y mieloide en niños</p> <p>Guia linfoma de hodgkin y no hodgkin en niños</p> <p>Protocolo aspirado y biopsia de médula ósea</p> <p>Protocolo quimioterapia intratecal</p> <p>Guia neutropenia febril en pediatría</p> <p>SIAU:</p> <p>Procedimiento entrega información al usuario</p> <p>Humanización:</p> <p>Procedimiento horario de visita</p> <p>Trabajo social:</p> <p>Procedimiento habitante de calle</p> <p>Cirugía:</p>	<p>nto,</p> <p>Manual,</p> <p>guía,</p> <p>protocolo,</p> <p>etc)</p>	
---	---	---	--

<p>Consolidado de pacientes para preparación previa a los procedimientos</p> <p>Todos los servicios:</p> <p>Revisión documentos según resolución con la que se encuentran (2003 y 3100) para su respectiva actualización</p> <p>Neonatología:</p> <p>Guía de remisión al programa madre canguro</p> <p>Guía de hemorragia intracraneal del RN</p> <p>Guía de hipotensión y choque en el neonato</p> <p>Guía de retinopatía del prematuro</p> <p>Guía hidronefrosis congénita</p> <p>Pediatría:</p> <p>Protocolo post trasplante renal pediátrico</p>		
--	--	--

Guía infección urinaria en la infancia		
Guía insuficiencia renal aguda en pediatría		
Guía hemodiálisis crónica en niños		
Guía diálisis peritoneal crónica en niños		
Urgencias adultos:		
Procedimiento consultador crónico		
Procedimiento custodia de pertenencias		

Actividades Estándar Procesos Prioritarios			
No. 2 Adherencia De Los Servicios Pendientes A Certificar			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
Realizar adherencia a los servicios	Lista de verificación RES 3100 Procesos prioritarios Todos los	Lista de verificació	Hallazgos encontrados.

pendientes a certificar.	servicios y servicios pendientes a certificar: Urgencias adultos Urgencias pediátrica Cuidado intermedio neonatal Cuidado intermedio pediátrico Cuidado intermedio adultos Cuidado intensivo neonatal Cuidado intensivo pediátrico Cuidado intensivo adultos Cuidado básico neonatal Hospitalización adultos Salas pediatría Servicio farmacéutico Imágenes diagnósticas Laboratorio clínico Servicio de patología	n RES 3100 Plataforma Vulcano	
--------------------------	---	--	--

	<p>Atención al parto</p> <p>Mediante la plataforma vulcano se verifica el cumplimiento o no cumplimiento de documentos pertenecientes al estándar procesos prioritarios.</p>		
--	--	--	--

Actividades Estándar Procesos Prioritarios			
No. 3 Agrupación De Documentos Por Carpeta			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
<p>Agrupar los documentos de los servicios a los cuales se les realizó adherencia por carpeta.</p>	<p>Se agrupan por carpetas los documentos correspondientes a los siguientes servicios, con el fin de tener disponibilidad en caso de auditoría externa.</p> <p>Todos los servicios: 59 docs</p> <p>Urgencias adultos: 27 docs</p>	<p>Plataforma Vulcano</p> <p>Respectivos documentos</p>	<p>Carpetas con contenido.</p>

Urgencias pediatría: 27 docs		
Cuidado intermedio neonatal: 27 docs		
Cuidado intermedio pediátrico: 28 docs		
Cuidado intermedios adultos: 26 docs		
Cuidado intensivo neonatal: 38 docs		
Cuidado intensivo pediátrico: 33 docs		
Cuidado intensivos adultos: 33 docs		
Cuidado básico neonatal: 20 docs		
Hospitalización adultos: 27 docs por cada servicio (7) para un total de 189		
Salas pediatría: 27 docs		
Servicio farmacéutico: 4 docs		
Imágenes diagnósticas: 10 docs		
Laboratorio clínico: 8 docs		
Servicio de patología: 5 docs		

	Atención al parto: 8 docs		
--	---------------------------	--	--

Actividades Estándar Procesos Prioritarios			
No. 4 <i>Elaboración De Listas De Chequeo</i>			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
Elaborar listas de chequeo de los procedimientos identificados en los servicios pendientes a certificar:	Elaboración de las siguientes listas de chequeo: Neutropenia febril Entrega de información Cáncer de mama temprano Dolor abdominal Hemorragia intracraneal Manejo pop pediátrico Cáncer de mama avanzado VIH pediátrico	Documentos existentes	anexo de listas de chequeo al procedimiento correspondiente en planeación.

Eventos adversos, incidentes y fallas		
Consentimiento informado		
Seguridad de medicamentos de alto riesgo		
Procedimientos quirúrgicos		
Talento humano		
Reanimación cerebro cardio pulmonar		
Estabilización del paciente ante el traslado y medidas para el traslado		
Procedimientos bajo sedación fuera de las salas de cirugía		
Condiciones ambientales de temperatura y humedad		
Realización de exámenes diagnósticos		
Medidas preventivas y correctivas		
Estudio de fragmentos de tejidos		
Transporte y remisión de muestras		

Criterios de ingreso y egreso		
Criterios de ronda media diaria		
Entrega y recibo de turno por parte de medicina		
Plan de cuidados de enfermería		
Ilustrar al paciente en el autocuidado de la salud		
Información a usuarios		
Horario de visita		
Seguimiento por nutrición		
Manejo de nutrición enteral		
Manejo de nutrición parenteral		
Seguimiento por nutrición en pediatría		
Paciente críticamente quemado		
Información a familiares o responsables		
Selección y clasificación de triage		

<p>Manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios</p> <p>Información a pacientes sobre recomendaciones al egreso</p> <p>Victimas de violencia sexual</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p> <p>Remisión programa madre canguro</p> <p>Síndrome de dificultad respiratoria</p> <p>Brotos de infección</p> <p>Prevención de infecciones del torrente sanguíneo</p> <p>Manejo de convulsiones</p> <p>Ductus arterioso persistente</p> <p>Trastornos metabólicos e hipoglucemia neonatal</p> <p>Manejo de policitemia</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <p>Cardiopatía congénita</p>		
--	--	--

	Ventilación mecánica		
	Atención al parto		
	Episiotomía y episiorrafia		
	Hemorragia post parto		

PAMEC.

El apoyo a la documentación del PAMEC 2022 del HUSJ se realiza teniendo en cuenta 2 subdivisiones: actividades PAMEC Gerencia de la Información y actividades PAMEC asistencial. En esa media, se logra el cumplimiento de apoyo documental a 22 actividades, lo que representa el 6.67% del total de actividades del PAMEC 2022 del HUSJ.

Tabla 4 Actividades PAMEC

Actividades Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC			
No. 1 Actividades PAMEC Gerencia de la Información			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
Documentar las actividades 9, 10, 11, 12, 13 y 14	Realizar documentación teniendo en cuenta el estándar del Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y	Manual de Acreditación en Salud,	Listas de chequeo

<p>del PAMEC</p> <p>Gerencia de la Información.</p>	<p>Hospitalario de Colombia y el cumplimiento de los de las siguientes actividades:</p> <p>9. Elaborar lista de chequeo para el procedimiento de manejo de la historia clínica electrónica.</p> <p>10. Socializar resultados de adherencia según ciclo de mejoramiento encontrado (PHVA).</p> <p>11. Socializar resultados de adherencia a los procedimientos de Manejo de historia clínica electrónica.</p> <p>12. Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: apertura, entrega y custodia de la historia clínica electrónica.</p> <p>13. Socializar resultados de adherencia al procedimiento de:</p>	<p>Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.</p> <p>Procedimiento institucional</p> <p>Plantilla elaboración listas de Chequeo.</p> <p>Lista de chequeo.</p>	<p>elaboradas y evaluadas.</p>
---	---	--	--------------------------------

	<p>recepción, custodia, escaneo y archivo de documentos clínicos.</p> <p>14. Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: procedimiento de conservación, custodia de historia clínica.</p>		
--	--	--	--

Actividades Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC			
No. 2 <i>Actividades PAMEC Asistencial</i>			
Objetivo	Actividades	Recurso	Evaluación
<p>Documentar las actividades delegables y en proceso de ejecución identificadas del PAMEC asistencial.</p>	<p>Gestión documental según corresponda para las siguientes actividades:</p> <p>33 Realizar actividades preventivas que minimicen el cansancio del personal de salud.</p> <p>40 Socializar con estrategias de impacto al personal del primer nivel,</p>	<p>Manual de Acreditación en Salud, Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.</p>	<p>Envío de documentos a planeación para respectiva codificación.</p>

	<p>asistencial y administrativo para el adecuado reconocimiento del ciclo de atención.</p> <p>41 Realizar evaluación de adherencia al reconocimiento del ciclo de atención y según resultados realización de planes de mejora.</p> <p>55 Realizar rutas de información sobre cada uno de los procesos que contenga la información de la AREPEES-R.</p> <p>56 Subir las rutas a vulcano de manera que puedan ser consultadas por todo el personal.</p> <p>66 Solicitar a estadística lista de procedimientos institucionales que requieren preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención junto con la información brindada ya sea física o</p>	<p>Vulcano.</p> <p>Fuentes bibliográficas.</p> <p>Profesionales de la salud.</p>	
--	---	--	--

	<p>en el sistema de información y plan de mejora según hallazgos encontrados.</p> <p>92 Estructurar un programa de atención nutricional institucional donde se incluya la definición de un equipo de soporte nutricional.</p> <p>104 Actualizar el procedimiento donde se definen los horarios de visitas.</p> <p>105 Diseñar procedimiento para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.</p> <p>106 Documentar políticas para reducir la contaminación visual y auditiva y promover condiciones de silencio.</p> <p>134 Diseñar e implementar y evaluar estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo.</p>		
--	---	--	--

<p>150 De acuerdo a las primeras causas de morbilidad institucional diseñar material educativo para incluirlo en las memorias de los TV, página web, la intranet.</p> <p>155 Actualizar procedimiento de consultador crónico institucional.</p> <p>156 Socializar el procedimiento de consultador crónico. (REVISAR ESTÁNDAR 49).</p> <p>157 Realizar adherencia al procedimiento del consultador crónico.</p> <p>159 Crear la estadística de consultador crónico.</p> <p>160 Socialización de los resultados de consultador crónico, marzo 2022, Coordinaciones de urgencias y consulta externa.</p>		
---	--	--

	168 Diseñar, socializar, implementar y evaluar estrategia de comunicación del egreso del usuario a su respectiva EPS.		
--	---	--	--

Resultados objetivo específico 3

Se llevaron a cabo las actividades identificadas en fase de ejecución del PAMEC 2022 y se subsanaron los hallazgos de los servicios evaluados del estándar de Procesos Prioritarios en el HUSJP.

Procesos prioritarios

Del Estándar de Procesos Prioritarios se realizó la elaboración de 53 listas de chequeo, teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la documentación revisada de los servicios pendientes a certificar.

Para dar cumplimiento a este objetivo se anexa el condensado de las listas de chequeo elaboradas y la aprobación por parte del Líder de Procesos Prioritarios como cumplimiento del total de actividades.

Ilustración 5 Certificado Subsanción de Hallazgos Procesos Prioritarios

RELACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON LA SUBSANACIÓN DE HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS SERVICIOS PENDIENTES A CERTIFICAR EN EL HUSJ ENTRE EL MES DE MAYO Y JULIO DE 2022.
RESPONSABLE: LUISA MARIA NOGUERA TULCAN
ESTUDIANTE RURALITA ENFERMERIA X SEMESTRE
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
CONVENIO DOCENCIA SERVICIO - HUSJ

NUMERO	ACTIVIDAD: ELABORACION LISTAS DE CHEQUEO	ESTADO	EVALUACIÓN
1	Neutropenia febril	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
2	Entrega de información	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
3	Cáncer de mama temprano	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
4	Dolor abdominal	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
5	Hemorragia intracraneal	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
6	Manejo pop pediátrico	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
7	Cáncer de mama avanzado	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
8	VIH pediátrico	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
9	Eventos adversos, incidentes y fallas	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
10	Consentimiento informado	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
11	Seguridad de medicamentos de alto riesgo	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
12	Procedimientos quirúrgicos	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
13	Talento humano	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
14	Reanimación cerebro cardio pulmonar	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
15	Estabilización del paciente ante el traslado y medidas para el traslado	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
16	Procedimientos bajo sedación fuera de las salas de cirugía	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
17	Condiciones ambientales de temperatura y humedad	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
18	Realización de exámenes diagnósticos	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
19	Medidas preventivas y correctivas	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
20	Estudio de fragmentos de tejidos	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
21	Transporte y remisión de muestras	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
22	Criterios de ingreso y egreso	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
23	Criterios de ronda media diaria	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
24	Entrega y recibo de turno por parte de medicina	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
25	Plan de cuidados de enfermería	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
26	Ilustrar al paciente en el autocuidado de la salud	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
27	Información a usuarios	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
28	Horario de visita	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
29	Seguimiento por nutrición	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
30	Manejo de nutrición enteral	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
31	Manejo de nutrición parenteral	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
32	Seguimiento por nutrición en pediatría	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
33	Paciente críticamente quemado	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
34	Información a familiares o responsables	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
35	Selección y clasificación de triage	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
36	Manejo respetuoso y considerado de la información entregada a médicos	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
37	Información a pacientes sobre recomendaciones al egreso	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
38	Víctimas de violencia sexual	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
39	Manejo de líquidos y electrolitos	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
40	Remisión programa madre canguro	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
41	Síndrome de dificultad respiratoria	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
42	Brotos de infección	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
43	Prevención de infecciones del torrente sanguíneo	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
44	Manejo de convulsiones	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
45	Ductus arterioso persistente	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
46	Trastornos metabólicos e hipoglucemia neonatal	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
47	Manejo de policitemia	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
48	Ruptura prematura de membranas	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
49	Cardiopatía congénita	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
50	Ventilación mecánica	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
51	Atención al parto	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
52	Episiotomía y episiorrafia	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación
53	Hemorragia post parto	Cumplida	Se envía lista de chequeo a planeación

Para constancia y aprobación se firma por el Líder de Procesos Prioritarios a los 21 días del mes de Julio del año 2022.

María Cristina Muñoz M

Enfermera
María Cristina Muñoz Mosquera

PAMEC

Del PAMEC 2022 del HUSJ fueron enlistadas 25 actividades delegables y en fase de ejecución, no obstante, se llevan a cabo 22 actividades, ya que 3 de ellas presentan las siguientes limitantes:

1. No se puede establecer diálogo con el líder de cirugía para recibir indicación sobre el desarrollo de la actividad 62.
2. La actividad 92 depende de temas contractuales.
3. El tiempo de permanencia durante la práctica de Gestión del Cuidado, limita las posibilidades del trabajo articulado con la coordinadora de comunicaciones y humanización para establecer conjuntamente las definiciones a adoptar dentro de la política para reducir la contaminación visual y auditiva y promover condiciones de silencio (actividad 106), ya que no se halla referentes bibliográficos confiables.

En esa medida, se anexa el siguiente informe firmado por la líder de PAMEC del HUSJ, Doctora Lilian Lucia Medina Bolaños, el cual, da cumplimiento a las actividades que fueron abordadas con éxito.

Ilustración 6 Certificado Actividades Ejecutadas PAMEC 2022 HUSJ

**CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES PAMEC 2022 HUSJ DELEGABLES A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
CONVENIO DOCENCIA-SERVICIO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ, POPAYÁN CAUCA**

PAMEC	Estandar	N° de actividad	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ESTADO	NOTA
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 150	La gestión de la información relacionada con los registros clínicos sean medio físico o electrónicos, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.	9	Elaborar lista de chequeo para el procedimiento de manejo de la historia clínica electrónica.	Jenny S2	completa	Se elabora lista de chequeo y por medio de paciente trazador se lleva a cabo adherencia, encontrando que algunos formatos de la HC están deshabilitados, adicionalmente a la hora de verificar órdenes médicas, los servicios de urgencias y médicas no tienen adherencia.
		10	Socializar resultados de adherencia según ciclo de mejoramiento encontrado (PHVA).		completa	El 12-07-2022 se realizó adherencia, se socializó con Kelly (coordinadora de estadística) y se direccionó al respectivo plan de mejora.
		11	Socializar resultados de adherencia a los procedimientos de: Manejo de historia clínica electrónica.		completa	Se Realizó lista de chequeo, el 12-07-2022 se realizó adherencia, se socializó con Kelly (coordinadora de estadística) y se direccionó al respectivo plan de mejora.
		12	Socializar resultados de adherencia al procedimientos de: apertura, entrega y custodia de la historia clínica electrónica.		completa	Se Realizó lista de chequeo, el 12-07-2022 se realizó adherencia, se socializó con Kelly (coordinadora de estadística) y se direccionó al respectivo plan de mejora.
		13	Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: recepción, custodia escaneo y archivo de documentos clínicos.		completa	Se Realizó lista de chequeo, el 12-07-2022 se realizó adherencia, se socializó con Kelly (coordinadora de estadística) y se direccionó al respectivo plan de mejora.
		14	Socializar resultados de adherencia al procedimiento de: procedimiento de conservación, custodia de historia clínica.		completa	Se Realizó lista de chequeo, el 12-07-2022 se realizó adherencia, se socializó con Kelly (coordinadora de estadística) y se direccionó al respectivo plan de mejora.

ASISTENCIAL	7	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	33	Realizar actividades preventivas que minimicen el cansancio del personal de salud.	Luisa M Jenny S2	completa	Se realiza actividad lúdico educativa sobre las pausas activas y se elabora informe de la misma.
	11	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.	40	Socializar con estrategias de impacto al personal del primer nivel, asistencial y administrativo para el adecuado reconocimiento del ciclo de atención.	Jenny S2	completa	Se diseñó un google forms el cual contiene pretest, video sobre el ciclo de atención y posttest
			41	Realizar evaluación de adherencia al reconocimiento del ciclo de atención y según resultados realización de planes de mejora.		completa	Postest y se envía retroalimentación por medio de correo electrónico de las preguntas que fueron contestadas erradamente
	15	La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.	55	Realizar rutas de información sobre cada uno de los procesos que contenga la información de la AREPEES-R.	Jenny S2	completa	Se diseñó un video sobre el ciclo de atención del HUSJ y su nemotecnia AREPEES-R
			56	Subir las rutas a vulcano de manera que puedan ser consultadas por todo el personal.		completa	El video es publicado en vulcano.
	17	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.	62	Realizar seguimiento a la medición de cumplimiento de las prioridades en cirugía y según resultados establecer plan de mejora. (Triage Quirúrgico).	Jenny S2	Dependiente del Jefe de cirugía	No se logra establecer diálogo con el Jefe de Cirugía para recibir indicaciones a la elaboración de la actividad.
19	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.	66	Solicitar a estadística lista de procedimientos institucionales que requieran preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención junto con la información brindada ya sea física o en el sistema de información y plan de mejora según hallazgos encontrados.	Luisa M.	completa	Se solicita a estadística la base de datos de pacientes con procedimiento quirúrgico programado para el mes de abril de la vigencia 2022, a la cual se le realiza un muestreo de 50 HC donde se evidencia que el 96% presentan cumplimiento al protocolo de preparación prequirúrgica y el 4% no se adhiere, para lo cual se realiza socialización por medio de folletos en las áreas traumatología y neurocirugía para dar educación y que se adhieran al protocolo.	
29	La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.	92	Estructurar un programa de atención nutricional institucional donde se incluya la definición de un equipo de soporte nutricional.	Jenny S2	Dependiente de temas contractuales	Dependiente de temas contractuales.	

ASISTENCIAL						
33	En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad	104	Actualizar el procedimiento donde se define los horarios de visitas.	Luisa M.	completa	Firmada, pte publicación.
		105	Diseñar procedimiento para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.	Jenny S2	completa	Se elabora procedimiento para el manejo de información de pacientes NN entregada a medios de comunicación, es codificado y publicado en vulcano.
		106	Documentar política para reducir la contaminación visual y auditiva y promover condiciones de silencio.		No se alcanza a elaborar	Es necesario establecer diálogo con la coordinadora de comunicaciones y humanización para establecer conjuntamente las definiciones a adoptar dentro de la política, ya que no se halla referentes bibliográficos confiables.
41	Exista un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin.	134	Diseñar e implementar y evaluar estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo.		completa	1. Se elabora procedimiento sobre estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo el cual es codificado y publicado en vulcano. 2. Es implementado en los servicios. 3. Es evaluado por medio de Google forms. 4. Se elabora informe sobre el cumplimiento a la actividad.
46	La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.	150	De acuerdo a las primeras causas de morbilidad institucional diseñar material educativo para incluirlo en las memorias de los TV, pagina web, la intranet.	Luisa M.	completa	De acuerdo a las primeras causas de morbilidad institucional se diseñó material educativo que fue incluido en las memorias de los TV, pagina web y la intranet.
47	La organización garantiza que revise el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	155	Actualizar procedimiento de consultador crónico institucional.		completa	Se realiza actualización del procedimiento de consultador crónico.
		156	Socializar el procedimiento de consultador crónico. (REVISAR ESTANDAR 49).		completa	Se lleva a cabo socialización del procedimiento junto al Doctor Fernando Vallejo, coordinador de Urgencias, se elabora y firma acta.
		157	Realizar adherencia al procedimiento del consultador crónico.		completa	Se realiza el análisis de la base de datos del consultador crónico, encontrando que para el periodo comprendido entre abril 2021 a abril 2022 es del 0.17% con un rango de clasificación satisfactorio, motivo por el cual se deja a consideración del coordinador de urgencias la pertinencia del despliegue en su servicio.
49	La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.	159	Crear la estadística de consultador crónico.		completa	Se solicita el consolidado de consultadores crónicos al área de estadística, seguidamente, junto al coordinador de indicadores se lleva a cabo análisis de información y creación del indicador del consultador crónico.
		160	Socialización de los resultados de consultador crónico, marzo 2022. Coordinaciones de urgencias y consulta externa.	Jenny S2	completa	Se realiza informe de Consultador Crónico y se socializa con el doctor Fernando Vallejo, Coordinador del servicio de Urgencias, para constancia se firma acta No. 01 del 07 de junio de 2022.
51	La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.	168	Diseñar, socializar, implementar y evaluar estrategia de comunicación del egreso del usuario a su respectiva EPS.		completa	1. Con información suministrada por los procesos de Referencia y Contra referencia, Concurrencia, Estadística, Ginecología y Facturación del HUSJ, se elabora el Procedimiento Estrategias de Comunicación del Egreso del Usuario a su respectiva EAPB, teniendo en cuenta que es un proceso de comunicación que éstos procesos ya realizan. 2. Se socializa con las coordinadoras de los procesos. 3. Cada líder continúa la implementación en sus procesos. 4. Se elabora lista de chequeo para evaluar la estrategia. Sin embargo, no se implementa, ya que, teniendo en cuenta que el diseño del procedimiento se realiza con el suministro de información de lo que vienen realizando las líderes en sus procesos.

Fecha de Aprobación:	22/07/2022.
Aprobado por:	Lilón Juan Medina Bolaños
Firma:	Lilón Juan Medina B.

Conclusiones

El Hospital Universitario San José, adopta los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, sin embargo, el presente proyecto fué abordado

desde el Sistema Único de Habilitación (SUH) y su estándar de Procesos Prioritarios, y El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Los dos componentes son abordados por medio de actividades que el hospital articula con los estándares de calidad de cada componente y da cumplimiento a lo dispuesto en la resolución 3100 de 2019, SUH, y la resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el Manual de Acreditación en salud Ambulatorio y hospitalario en Colombia Versión 3.1.

Las actividades realizadas junto al líder del Estándar Procesos Prioritarios permiten profundizar en las necesidades inmediatas que enfrentan las instituciones de salud en cuanto a sostener la habilitación de sus servicios y la actualización constante con lo contenido en disposiciones nacionales y departamentales que dan paso a la certificación de todos sus servicios y en esa medida aplicar para el proceso de acreditación.

El desarrollo de las actividades del PAMEC incluyen diseño, ejecución y evaluación, por ende, trabajar en ellas fue un ejercicio continuo del ciclo PHVA, análisis de indicadores de cumplimiento y elaboración de informes de cumplimiento. Adicionalmente, el desarrollo de estas actividades, requieren un trabajo articulado con diferentes profesionales y líderes de calidad, lo que supone un trabajo en equipo que pone a prueba nuestras habilidades profesionales, relaciones interpersonales, responsabilidad y liderazgo.

La enfermería como ciencia, disciplina y profesión requiere de una formación amplia y sistematizada que se lleva a cabo en los contextos laboral y disciplinar, por lo que es importante el continuo avance de los conocimientos enfocados en el acelerado desarrollo científico y tecnológico, las exigencias institucionales e interculturales, entre otros, ya que esto obliga a los profesionales de la salud a actualizarse permanentemente. Así mismo, se hace fundamental

poseer las competencias necesarias para comprender las reales necesidades de los usuarios, debido a que la enfermería no solo es reconocida como protagonista en el cuidado y atención del paciente, sino, también en diferentes funciones del área administrativa, docente e investigativa.

Recomendaciones

Las actividades que el HUSJ articula con el estándar de Procesos Prioritarios y el Manual de Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, son numerosas. Diseñar un indicador que impacte sobre el total de las actividades programadas en la institución es muy ambicioso, ya que, la ejecución de muchas actividades depende del trabajo articulado con otros colaboradores; adicionalmente, la práctica formativa de asignatura de Gestión de enfermería y los días festivos pueden influir negativamente en el cumplimiento de ellas. Por ese motivo, a la hora de diseñar el objetivo general y su respectivo indicador, es necesario considerar diferentes factores que lo puedan alterar.

El trabajo realizado desde el área de aseguramiento de la calidad debe tener una continuidad que no se vea afectada por el cambio de personal; ya que se pueden generar demoras, retrocesos e inconsistencias en la documentación.

Bibliografía

Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario de Salud. 2016. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS). Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

Hospital Universitario San José, Documentos institucionales. Disponible en: Vulcano.

Anexos

Anexo 1. Listas de chequeo realizadas dentro del estándar procesos prioritarios

		EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				ACA-PD26- Version:03			
FECHA DE EVALUACIÓN:		SERVICIO:		MES EVALUADO:		Fecha:			
HISTORIA:		TIPO DOC	NÚMERO:						
PROFESIONAL EVALUADO:									
GUÍA EVALUADA:		PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS, INCIDENTES Y FALLAS							
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES				
1	¿Se detecta el incidente o evento adverso?								
2	¿Se realiza atención inmediata al paciente y se registra en la historia clínica?								
3	¿Se brinda información al paciente y a la familia acerca del incidente o evento adverso?								
4	¿Se notifica el evento adverso?								
5	¿Si el reporte se realiza manual, se realiza ingreso del reporte al sistema?								
6	¿Se clasifican los reportes notificados por los procesos en incidentes y eventos adversos?								
7	¿Se realiza el analisis del evento adverso?								
8	¿Se elabora un plan de mejoramiento?								
9	¿Se ingresa al aplicativo de eventos clinicos?								
10	¿Se carga evidencia de ejecución de plan de mejoramiento?								
11	¿Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento?								
12	¿Se socializa la información en cada uno de los procesos?								
13	¿Se brinda educación al paciente y su familia acerca del incidente o evento adveso ocurrido y del proceso a seguir?								
TOTAL									
PUNTUACION		PORCENTAJE		TOTAL DE PREGUNTAS		PREGUNTAS AFIRMATIVAS		% CUMPLIMIENTO	
SATISFACTORIO		85-100%							
NO SATISFACTORIO		<84%							
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA		CARGO				FIRMA			

		EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				ACA-PD26-	
						Version:03	
FECHA DE EVALUACIÓN:		SERVICIO:		MES EVALUADO:		Fecha:	
HISTORIA:		TIPO DOC		NÚMERO:			
PROFESIONAL EVALUADO:		PROCEDIMIENTO DE ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE CONDICIONES AMBIENTALES DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS					
GUÍA EVALUADA:							
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES		
1	¿Se ubica y organiza los medicamentos y dispositivos médicos en estanterías, estibas, neveras y gabinetes?						
2	¿Se monitorea las condiciones ambientales y la cadena de frío?						
3	¿Se controla la luz?						
4	¿Se almacena medicamentos y dispositivos médicos en el área de cuarentena de la bodega del servicio farmacéutico?						
5	¿Se almacena medicamentos y dispositivos médicos en el área de próximos a vencer y vencidos?						
6	¿Se limpia y desinfecta las áreas de almacenamiento y neveras?						
7	¿Se fumigan las áreas de almacenamiento?						
8	¿Se verifica el cumplimiento de cada una de las etapas del proceso?						
TOTAL							
PUNTUACION		PORCENTAJE		TOTAL DE PREGUNTAS		PREGUNTAS AFIRMATIVAS	
SATISFACTORIO		85-100%					
NO SATISFACTORIO		<84%					
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA		CARGO				FIRMA	

		EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				ACA-PD26-
						Version:03
FECHA DE EVALUACIÓN:		SERVICIO:		MES EVALUADO:	Fecha:	
HISTORIA:	TIPO DOC	NÚMERO:				
PROFESIONAL EVALUADO:						
GUÍA EVALUADA:	GUÍA CLÍNICA DE MANEJO DE ATENCIÓN DEL PARTO					
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES	
1	¿Se revisa la historia clínica y examen médico y se determina si la paciente presenta riesgo?					
2	¿Si la paciente no presenta riesgo, se valora si la paciente se encuentra en trabajo de parto o parto?					
3	¿Si la paciente esta en parto, se realiza nueva valoración para determinar si hay riesgo y si no esta en parto se le dan indicaciones?					
4	¿Si se encuentra en trabajo de parto, se indica hospitalización y se realiza atención del primer periodo del parto?					
5	¿Si el primer periodo del parto sucede sin ninguna complicación, se procede a realizar la atención del expulsivo?					
6	¿Si se presenta complicación en la atención del primer periodo del parto, se remite a la paciente?					
7	¿Si no hay complicación en la atención del expulsivo, se realiza atención del alumbramiento y del puerperio?					
8	¿Si el puerperio se atiende sin ninguna anomalía o complicación, se realiza el control del puerperio?					
TOTAL						
PUNTUACION	PORCENTAJE	TOTAL DE PREGUNTAS	PREGUNTAS AFIRMATIVAS	% CUMPLIMIENTO		
SATISFACTORIO	85-100%					
NO SATISFACTORIO	<84%					
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA		CARGO		FIRMA		

		EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				ACA-PD26- Version:03
FECHA DE EVALUACIÓN:		SERVICIO:		MES EVALUADO:		
HISTORIA:		NÚMERO:				
PROFESIONAL EVALUADO:		GUÍA DE REMISION AL PROGRAMA MADRE CANGURO				
GUÍA EVALUADA:						
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES	
1	¿Se realiza el nacimiento del niño prematuro o de bajo peso al nacer en la sala de partos?					
2	¿Se valora adaptación neonatal PC y NC en niño estabilizado?					
3	¿Si el niño nació en una IPS II con URN o IPS III con UCI, se verifica que cumpla con las condiciones para la hospitalización con su madre?					
4	¿Si no cumple con las condiciones, se realiza transporte del niño de la sala de parto a la URN en condiciones óptimas?					
5	¿Si el niño no nació en una IPS II con URN o IPS III con UCI, se verifica disponibilidad inmediata de incubadora de transporte?					
6	¿Si hay incubadora disponible, se transporta el niño en PC?					
7	¿Si no hay incubadora, se transporta el niño en condiciones óptimas?					
8	¿Se realiza recepción del niño en la IPS II con URN o III con UCI?					
9	¿Se realiza admisión de la unidad de recién nacidos?					
10	¿Si el niño cumple con las condiciones y puede ir a hospitalización con su madre, se realiza alojamiento conjunto y adaptación canguro diaria según protocolo de la institución hasta cumplir los criterios de salida?					
11	¿Si el niño no puede ir a hospitalización con su madre, se interna al niño en unidad de recién nacidos (cuidados mínimos, intermedios o intensivos) y se realiza adaptación canguro diaria según protocolo hasta la salida?					
12	¿Si el niño es elegible para salir, se verifica que la diada sea elegible para PMC?					
13	¿Se verifica si el niño requiere oxígeno y si la diada tiene la capacidad de manejo de oxígeno?					
14	¿Se verifica si la diada puede asistir a visitas y de ser así se realiza alojamiento diada madre-niño y se realiza programa madre canguro ambulatorio?					
15	¿Si la diada no puede asistir a visitas, se da salida a la casa y se realiza programa madre canguro ambulatorio?					
16	¿Se brinda educación al familiar acerca del estado de salud del niño y las condiciones y cuidados a seguir?					
TOTAL						
PUNTAJACION		TOTAL DE PREGUNTAS		PREGUNTAS AFIRMATIVAS	% CUMPLIMIENTO	
SATISFACTORIO						
NO SATISFACTORIO						
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA		CARGO		FIRMA		

		EVALUACION DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO				ACA-PD26-			
						Version:03			
FECHA DE EVALUACIÓN:		SERVICIO:		MES EVALUADO:		Fecha:			
HISTORIA:		TIPO DOC		NÚMERO:					
PROFESIONAL EVALUADO:		PROCEDIMIENTO DE INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE CRITICAMENTE QUEMADO							
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES				
1	¿Se solicita el ingreso del paciente a la unidad?								
2	¿Se verifica la disponibilidad de cama en el servicio?								
3	¿Se realiza análisis clínico del paciente y se prioriza el paciente?								
4	¿Se prepara la habitación del paciente y se notifica la aceptación del paciente al servicio que lo solicita?								
5	¿Se valora al paciente antes del traslado y se continua con el traslado del paciente?								
6	¿Se realiza ingreso del paciente al servicio y se confirma la seguridad social del paciente?								
7	¿Se realiza presentación del personal médico y especialista al paciente y acompañante?								
8	¿Se valora al paciente, se establecen diagnósticos y se definen las conductas médicas?								
9	¿Se realiza el manejo en patologías que no tienen guía de práctica clínica?								
10	¿Se realizan cuidados de enfermería de paciente quemado?								
11	¿Se definen los responsables de recibir información sobre el estado de salud del paciente?								
12	Se informa al paciente y familiar de forma clara y sencilla los riesgos y beneficios de los procedimientos que requiere el paciente y también de la no realización del procedimiento?								
13	¿Se explica el correcto diligenciamiento del consentimiento informado y su importancia?								
14	¿Se solicita sticker de identificación del usuario?								
15	¿Se solicita los medicamentos requeridos y transfusión si el paciente lo requiere?								
16	¿Se solicitan interconsultas, exámenes de laboratorio, procedimientos y apoyo diagnóstico y terapéutico requeridos?								
17	¿Se informa al familiar lo referente al copago?								
TOTAL									
PUNTUACION		PORCENTAJE		TOTAL DE PREGUNTAS		PREGUNTAS AFIRMATIVAS		% CUMPLIMIENTO	
SATISFACTORIO		85-100%							
NO SATISFACTORIO		<84%							
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA				CARGO			FIRMA		

Anexo 2. Adherencia a la actividad 11 del PAMEC Gerencia de la Información, Procedimiento apertura, entrega y custodia de la historia clínica electrónica.

HOSPITAL SAN JOSÉ Complejo y más para ti		EVALUACION DE LA ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE APERTURA, ENTREGA Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA			ACA-PD26-FOEG2 Version:03
FECHA DE EVALUACIÓN:	12-07-2022	SERVICIO:	Archivo- Estadística	MES EVALUADO:	
HISTORIA:	TIPO DOC	NÚMERO:			
PROFESIONAL EVALUADO:					
PROCEDIMIENTO EVALUADO:	2020 PD 1 PROCEDIMIENTO DE APERTURA, ENTREGA Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA				
No.	ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	¿La apertura de la Historia Clínica electrónica se da, de acuerdo a los contenidos mínimos de identificación?	X			
2	¿En caso de ausencia del documento de identidad o paciente indocumentado, se asignó un número consecutivo al usuario?	X			
3	¿Se realizó el proceso de homologación de Historia clínica con familiar o acudiente y/o registraduría civil?	X			
4	¿Se realizó apertura de Carpeta de Historia Clínica en caso de tener documentos de soporte físicos?	X			
Entrega de Historia Clínica					
5	¿Se recibió solicitud escrita de acceso a las Historias clínicas de pacientes, dirigida al Coordinador del proceso de Estadística Y Administración de Historia clínica?		X		
6	¿Se realizó búsqueda de la Historia Clínica solicitada en el archivo de Gestión o en el Archivo de fallecidos?	X			
7	En caso de que la solicitud de acceso a la Historia Clínica proceda de un auditor, ¿los folios físicos que hagan parte de la historia clínica, fueron revisados y organizados en una carpeta?	X			
8	Una vez encontrada la Historia Clínica solicitada, ¿se registró la entrega en REPESTATÍSTICA y en el libro de Control ?	X			
9	¿La Historia clínica es entregada al solicitante, quien asumió temporalmente la guarda y custodia?	X			
10	Si no se encontró la Historia Clínica solicitada, ¿se revisó en REPESTATÍSTICA el histórico por pacientes?	X			
11	Cuando ya no es requerida la Historia Clínica, ¿se informó al personal de Estadística para su recepción?	X			
Custodia de la Historia Clínica					
12	¿Hubo control de ingreso al área de Archivo de Gestión y Central sólo a personal autorizado?	X			
13	¿Para ubicar la carpeta de historia clínica en el Archivo de Gestión y Archivo Central, se dispuso de un sistema que permite conocer, a qué área, servicio o dependencia fue entregada la historia clínica?	X			
14	¿Se Realizó custodia de la Historia Clínica procurando condiciones de seguridad física?		X		
15	¿Se Realizó custodia de la Historia Clínica procurando el cuidado adecuado?		X		
16	¿Se Realizó custodia de la Historia Clínica durante el traslado interno de un usuario del hospital?	X			
17	¿Se Realizó custodia de la Historia Clínica desde el momento de retiro de la carpeta de historia clínica del área de estadística hasta su devolución a dicha área?	X			
TOTAL					
PUNTAJACION	PORCENTAJE	TOTAL DE PREGUNTAS	PREGUNTAS AFIRMATIVAS	% CUMPLIMIENTO	
SATISFACTORIO	85-100%	17	14	82%	
NO SATISFACTORIO	<84%				
Jenny Stephany Santana		Ruralita - Enfermería.			
NOMBRE Y REGISTRO DE QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA		CARGO		FIRMA	

Kelly Doranny Solis Q.
Coord. Estadística.
12/07/22 Hora: 3pm.

Anexo 3. Informe de cumplimiento socialización del ciclo de Atención consulta externa, Actividad 40 PAMEC Asistencial.

INFORME DE ADHERENCIA AL RECONOCIMIENTO DEL CICLO DE ATENCIÓN.

Área de aseguramiento de la calidad
Hospital Universitario San José de Popayán E. S. E.

1. El modelo organizacional de atención en salud del Hospital Universitario San José se articula con: [Copiar](#)

10 de 26 respuestas correctas



1 persona no sabe cuál es la nemotecnia del ciclo de atención del HUSJ, correspondiente a la pregunta 2. Y 1 persona desconoce las formas de acceso al servicio de consulta externa, correspondiente a la pregunta 4.



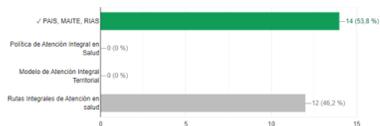
Adicionalmente, los encuestados responden correctamente las preguntas 3 y 5 del pretest, sobre los medios de acceso a las citas médicas del servicio de consulta externa del HUSJ y los documentos requeridos para la solicitud de una cita, respectivamente.



El 53,8% de los funcionarios reconocen que el Hospital se articula con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), El Modelo de Atención Integral Territorial en Salud (MAITE) y la operabilidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), mientras que el 43,2% Considera que el HUSJ únicamente se articula con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

1. El modelo organizacional de atención en salud del Hospital Universitario San José se articula con: [Copiar](#)

14 de 26 respuestas correctas



Los 26 funcionarios reconocen la nemotecnia del ciclo de Atención del HUSJ y cuáles son los medios de acceso a las citas médicas del servicio de consulta externa (preguntas 2 y 3 respectivamente).

El día 17 de junio se envía por correo electrónico los puntos obtenidos por cada funcionario sobre el test del Ciclo de Atención de Consulta Externa. Adicionalmente se especifica la respuesta de la pregunta número 1 como aclaración ante el mayor número de respuestas equivocadas.

Se adjunta archivo Excel exportado del Google Forms.

Jenny Stephany Santana Hernández
Ruralita-Apoyo al PAMEC
Oficina Aseguramiento de la Calidad
Estudiante Enfermería X Semestre
Universidad del Cauca

Anexo 4. Socialización procedimiento quirúrgico, actividad 66 PAMEC asistencial.

- Preparación del colón cuando aplique.
- Realizar vaciamiento vesical antes del procedimiento.
- Disponibilidad resultados de imágenes dx requeridas para la cirugía.
- Revisión de la valoración pre anestésica.
- Revisión de las valoraciones medicas de las ultimas 24h para garantizar que no contraindiquen la cirugía.
- Verificar cumplimiento de ordenes medicas pre quirúrgicas dadas por el especialista y el anestesiólogo.
- Verificar condiciones de seguridad con el formato de verificación pre quirúrgica.
- Trasladar al paciente al área de cirugía, cumpliendo el procedimiento de traslado a quirófano.



PREPARACIÓN PREVA PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

PROPORCIONAR ATENCIÓN DE LA MÁS ALTA CALIDAD

Elaborado por:

Enf. Luisa María Noguera
Tulcán

Área de Calidad



ACTIVIDADES

- Verificar hora de programación del paciente (si es urgencia pasar con prioridad para recepción de quirófano).
- Realizar limpieza y desinfección pre quirúrgica de la piel del paciente de acuerdo al protocolo.
- Rasurado del paciente si lo requiere.
- Confirmar de los identificadores del paciente.
- Informe de la presencia de reacciones alérgicas.

- Confirmar el procedimiento quirúrgico a realizar.
- Tipo de anestesia.
- Presencia y comprensión del consentimiento informado.
- Verificar área quirúrgica marcada y preparada o boleta de marcación para los sitios quirúrgicos que no aplica.
- Retiro de maquillaje, incluido esmalte de uñas.
- Retiro de prótesis dentales, anteojos, audifonos y joyas.
- Confirmación de reserva de hemocomponentes - hemoclasificación (si aplica).



- Verificar suspensión administración de anticoagulantes según la guía.
- Prueba de sensibilidad a la penicilina pacientes sin antecedentes alérgicos.
- Iniciar la aplicación de ATB en goteos de más de 30 min en la sala de internación y realizar prescripción del ATB pre quirúrgico.
- Canalizar paciente o dejar vena canalizada solo para uso de quirófano.
- Aplicar medicamentos de la pre medicación, goteos de medicamentos identificados con nombre, dilución, volumen, fecha, hora de inicio y duración.
- Confirmar funcionamiento de los dispositivos médicos y la fecha de recambio.

Anexo 5. Elaboración del Procedimiento para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes, actividad 105 PAMEC asistencial.

	Proceso: Gestión de la información y Comunicación	Código: GIC-COM-PD8
	Subproceso: Comunicaciones	Versión: 01
Nombre del documento: Procedimiento para el manejo de información de pacientes NN entregada a medios de comunicación		Página: Página 1 de 10

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO
Implementar estrategias para el manejo respetuoso y considerado de la información ante la necesidad de entregar información a medios de comunicación sobre pacientes NN y otros.

2. ALCANCE
Desde: Momento de la necesidad de comunicación de información sobre pacientes.
Hasta: Solucionada la necesidad de comunicación de información de ellos pacientes.

3. RESPONSABLE
Comunicaciones, Humanización, Trabajo social.

4. REQUERIMIENTOS

Legales:

- Ley estatutaria 1581 de 2012 y los decretos reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014.
- Ley 23 de 1981.- Por la cual se establece las normas en materia de ética médica.
- Decreto 3380 de 1981 (Por el cual se reglamenta la Ley de ética médica.)
- Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
- Ley 100 de 1993.- Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- Resolución 1995 de 1999.- Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Ley 1438 de 2011.- Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 2062 de 2014.- Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del

	Proceso: Gestión de la información y Comunicación	Código: GIC-COM-PD8
	Subproceso: Comunicaciones	Versión: 01
Nombre del documento: Procedimiento para el manejo de información de pacientes NN entregada a medios de comunicación		Página: Página 9 de 10

8. CONTROL DE REGISTROS

N/A

9. CONTROL DE CAMBIOS

Código	Versión	Fecha	Descripción del Cambio
GIC-COM-PD8	1	JULIO 2022	Elaboración del documento

Elaboró	Jenny Stephany Santiana Hernández	Revisó	Oscar Fernando Rosero Vargas Natalia Fernández M. Angelly Danely Mera	Aprobó	Oscar Fernando Rosero Vargas
Cargo	Ruralita-Oficina Aseguramiento de la Calidad Programa de Enfermería del Universidad Cauca Convenio Docencia-Servicio	Cargo	Profesional Comunicaciones HUSJ-Afiliada ADMISALUD Participo Profesional de Apoyo-Oficina Aseguramiento de la Calidad-Afiliada Participo ADMISALUD	Cargo	Gerente (E)
Firma		Firma		Firma	
Fecha		Fecha		Fecha	14 JUL 2022
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre	Huber Enrique Acosta	Cargo	Profesional Univ. Afiliado participo Admisalud – Oficina asesora de Planeación	Firma	

Anexo 6. Diseño, implementación y evaluación de estrategias de promoción y evaluación del trabajo en equipo, actividad 134 PAMEC asistencial.

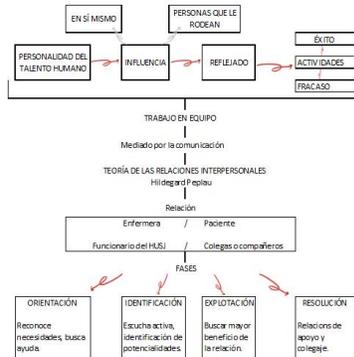
INFORME DISEÑAR E IMPLEMENTAR Y EVALUAR ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO

Área de aseguramiento de la calidad
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Acciones ejecutadas:

Se diseñó el Procedimiento Estrategias de Promoción y Evaluación del Trabajo en Equipo con base en la teoría de las Relaciones Interpersonales de la Enfermera Hildegar Peplau. La teoría incluye 4 fases de las relaciones interpersonales, lo que conduce al éxito del trabajo en equipo.

El referente teórico se resume en el siguiente esquema:



En esa medida, las estrategias de Promoción y Evaluación del trabajo en equipo se orientan de la siguiente manera.

2. Momento 2: junto a los líderes de calidad, se solicitó un espacio para tener encuentro presencial con los funcionarios de sus procesos y llevar a cabo un encuentro presencial en el cual se abordaron las fases de orientación e identificación mediante un ejercicio de escucha activa.

En primera medida, se reunieron a los asistentes en un círculo y se les orientó para entrelazar y unir sus manos, de esa manera se buscó romper el hielo y lograr mayor disposición, en esa formación cada persona menciona algo por lo cual agradecer en ese día.

Socialización en Médicas I



Socialización en Unidad de quemados



Socialización en Consulta externa



Socialización en Economató



3. Momento 3:

Juego Carrera de Ciegos Se realizó una corta y entendible exposición del juego: Según el número de participantes se conformaron parejas o trios. Las parejas se organizaron en una línea de inicio, un miembro de la pareja tuvo los ojos vendados y el otro se colocó en un costado de la pista con el fin de guiarlo hacia la meta.

Con esta actividad se logra dar cumplimiento a las fases de Potenciación y Resolución. Primero, Con base en la teoría de las relaciones interpersonales, se potencian las habilidades de cada participante, el liderazgo, la comunicación asertiva y escucha activa son evaluadas durante el ejercicio; finalmente el superar los obstáculos y llegar a la meta, son una evidencia clara de la fase de resolución, por ende el éxito del trabajo en equipo.

Así pues, las intervenciones realizadas sobre trabajo en equipo, fueron ejecutadas con éxito, se gozó de la participación activa de los asistentes y los comentarios fueron positivos al respecto. No obstante, de este proceso se pudo evidenciar que dentro del proceso del SIAU el trabajo en equipo se ve limitado por relaciones interpersonales disfuncionales; por tal motivo, se requiere más de una intervención, con las cuales se pueda reforzar en temas como escucha activa, comunicación asertiva, empatía, respeto y tolerancia, de la misma manera, profundizar las 4 fases de las relaciones interpersonales de la teórica citada en éste procedimiento, la enfermera Hildegard Replau.

Adjunto anexo pdf de las firmas de asistencias.



Jenny Stephany Santana Hernández
Ruralita – Oficina Calidad
Estudiante enfermería X semestre
Universidad del Cauca

14

21

Anexo 7. Material educativo principales causas de morbilidad HUSJ, actividad 150.

"En el Hospital Universitario San José queremos que conozcas y te informes mejor acerca de las siguientes enfermedades".







NO TE LO PIERDAS



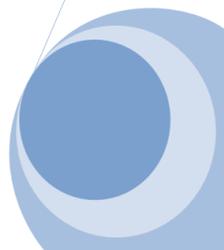
0:01 / 3:06



Anexo 8. Informe Consultador crónico, Cumplimiento actividades 155, 156, 157, 159, 160.

INFORME RESULTADOS DE CONSULTADOR CRÓNICO, ABRIL 2021 - ABRIL DE 2022

Área de aseguramiento de la calidad
II trimestre 2022
Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.



Actividad

Procedimiento de Consultador Crónico o Hiperfrecuentador Institucional

Evidencia

Informe de Consultador Crónico o hiperfrecuentador

Indicador

Porcentaje de consultadores crónicos

Formula

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios clasificado como Consultadores Crónicos}}{\text{Total de consultadores entre 27 a 59 años en el servicio de Urgencias en el año}} \times 100$$

Justificación

Este indicador permite medir la proporción de pacientes clasificados como consultadores crónicos que saturan el servicio y disminuye la oportunidad en la atención, comparados con una población atendida en el servicio de urgencias dentro del mismo grupo etario y dentro de un periodo establecido, con el fin de generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.

Frecuencia

Anual

Unidad de medida

Porcentaje

Clasificación

Indicador de proceso

Meta establecida

Aún no es posible establecer una meta porque el indicador es nuevo y no hay medidas comparativas, se requiere un tiempo prudencial de 3 años bajo efecto de las acciones de las EAPB que orienten a la disminución de la frecuencia de los Consultadores Crónicos.

2

HUSJ	CLASIFICACION DEL CONSULTADOR CRÓNICO	COMPORTAMIENTO
PACIENTE	Grupo de riesgo Descripción Por enfermedad, en base de incapacidad, pre hipocóncavo, tratamiento psicológico, consulta innecesaria, problemas culturales o creencias.	ELECCIONES PERSONALES
Criterios de inclusión Consulta 7 veces o más 27-59 años Área urgencias y consulta externa	Paciente Medico Corregir errores, fragmentación de consulta, falta de renuncia a especialidad, manejo inadecuado.	PROCESO DE INSTITUCIONAL
Criterios de exclusión Patologías de base, programadas de PUP Grupos etarios: Menores a 5 años Entre 5 y 9 años 100 y 29 años	Institucional Consulta innecesaria (manejo enfermería), falta de entrega de medicamentos, Recusación por demoras o manejo inadecuado, falta de programación.	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Medico Especialista Psicólogo Enfermería Trabajo social
	Sistema de salud Defectos o negligencias o errores, problemas con el sistema de salud, causas atribuibles a la estructura y normativas del SIOS.	INSTITUCIONAL
	Otros Causas no comprendidas en los anteriores grupos	ARTICULACIÓN EAPB
	MITIGAR LOS EFECTOS NEGATIVOS Para el paciente, el médico y/o especialista, la EPS y el sistema	

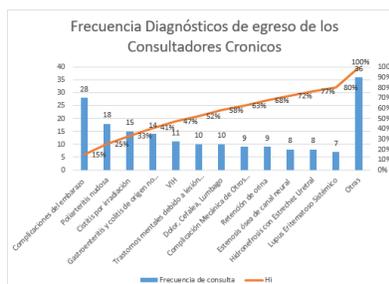
Esquema de elaboración propia, HUSJ, mayo de 2022.

2. Socialización de procedimiento de consultador crónico, según estándar 49

El procedimiento de consultador crónico se socializó al doctor Fernando Vallejo, coordinador del servicio de Urgencias del HUSJ, el día lunes 30 de mayo de 2022, consolidado en acta No. 1 del 30 de Mayo de 2022, quien finalmente es quien decide si es conveniente incluir el procedimiento de Consultador Crónico en los planes de mejora del servicio a su cargo.

3. Adherencia al procedimiento de Consultador Crónico

5



Los diagnósticos relacionados con embarazo, se presentan como situación inherente a las características técnicas del indicador, mas no, a la situación fisiológica de éste estado fisiológico.

5. Creación de la estadística de Consultador Crónico,

El porcentaje de Consultadores Crónicos del HUSJ para el periodo comprendido entre abril 2021 a abril 2022 es del 0.17% con un rango de clasificación satisfactorio.

11

HOSPITAL SAN JOSÉ		REPORTE Y ANÁLISIS DE INDICADOR				GCA-CA-P011-FORM4																																																																							
		Versión 02		Página 1 de 3																																																																									
CALIDAD																																																																													
Aspectos Generales																																																																													
Nombre del Indicador		Periodo de Reporte		Fecha de Reporte		Número del Indicador																																																																							
Porcentaje de consultaciones crónicas		11 TRIMESTRE		31 ABRIL 2021																																																																									
Justificación del Indicador				Categoría del Indicador																																																																									
Este indicador permite medir la proporción de pacientes clasificados como consultadores crónicos que saturan el servicio y disminuyen la oportunidad en la atención, comparados con una población atendida en el servicio de urgencias dentro del mismo grupo etario y dentro de un periodo establecido, con el fin de generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.				PROCESO																																																																									
Formula del Indicador				Análisis General																																																																									
Número de necesidades resueltas / Número de necesidades identificadas *100%																																																																													
				Logros																																																																									
Numerador		Denominador		Rango de Calificación																																																																									
Número de necesidades resueltas		Número de necesidades identificadas		SATISFAC TOBDO ±1%																																																																									
				ACEPTABLE ±1.5%																																																																									
				DEFICIENTE ±1.5%																																																																									
Fuente Numerador		Fuente Denominador		Rango de Calificación Obtenido																																																																									
Consulta en Dinámica general		Estadística		0.17%																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Enero</th> <th>Febrero</th> <th>Marzo</th> <th>Abril</th> <th>Mayo</th> <th>Junio</th> <th>Julio</th> <th>Agosto</th> <th>Septiembre</th> <th>Octubre</th> <th>Noviembre</th> <th>Diciembre</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numerador</td> <td></td> <td></td> <td>22</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Denominador</td> <td></td> <td></td> <td>12956</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12956</td> </tr> <tr> <td>Resultado 2021</td> <td></td> <td></td> <td>0.17%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0.17%</td> </tr> <tr> <td>Meta</td> <td>1%</td> </tr> </tbody> </table>								Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL	Numerador			22										22	Denominador			12956										12956	Resultado 2021			0.17%										0.17%	Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL																																																																
Numerador			22										22																																																																
Denominador			12956										12956																																																																
Resultado 2021			0.17%										0.17%																																																																
Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%																																																																
Análisis de Causa				Acciones de Mejora Propuestas																																																																									
Diligenciado Por: ING. JUAN FELIPE NARVAEZ L. Apoyo profesional Asesoramiento de la Calidad				Revisado Por: JEFE PAOLA ANDREA VEGA ARIAS Coordinadora Asesoramiento de la Calidad																																																																									

6. Socialización de resultados de Consultador Crónico, Coordinador servicio de urgencias.

Se socializó el análisis de la base de datos y el resultado del indicador de Consultador Crónico al doctor Fernando Vallejo el día martes 07 de junio de 2022, se deja constancia en acta No. 1 del 30 de mayo de 2022, donde se concluye, el indicador no genera impacto negativo en los criterios de calidad del servicio de urgencias, sin embargo, el procedimiento, la estadística y los resultados sobre Consultador Crónico, socializados en dicha reunión, dan cumplimiento a los estándares 47 y 49 del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio de Colombia, Versión 3.1, actividades 155 a 160.

Se adjunta base de datos Consultadores Crónicos periodo mayo 2021 a mayo 2022.

Jenny Stephany Santana Hernández
 Ruralita – Oficina Calidad
 Estudiante enfermería X semestre
 Universidad del Cauca

Anexo 9. Diseño, socialización, implementación y evaluación estratégica de comunicación del egreso del usuario a su respectiva EPS, actividad 168 PAMEC asistencial.

	Proceso:	Calidad	Código:	
	Subproceso:	Procedimiento Comunicación oportuna del Egreso del Usuario a su respectiva EAPB	Versión:	01
	Nombre del documento:	Procedimiento Comunicación oportuna del Egreso del Usuario a su respectiva EAPB	Página:	Página 1 de 4

1. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Comunicar de manera oportuna el Egreso del usuario a su respectiva EAPB desde el HUSJ de Popayán, con el fin de garantizar el manejo articulado del paciente con enfoque de integralidad en la atención por parte de la entidad responsable de la administración del plan de beneficios, respondiendo de manera temprana en la oportunidad y continuidad de la atención en salud.

2. ALCANCE

Desde: Momento en que el médico determina el egreso.
Hasta: Hasta el egreso del usuario de la institución.

3. RESPONSABLE

Personal asistencial, Auditoría concurrente, facturación, Referencia y Contra referencia, Estadística y Referente de Rutas Integrales de Atención en Salud.

4. REQUERIMIENTOS

Legales:

- Ley 23 de 1981 Por la cual se establece las normas en materia de ética médica.
- Decreto 3380 de 1981 (Por el cual se reglamenta la Ley de ética médica.)
- Resolución 13437 de 1991, por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
- Ley 100 de 1993 - Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- Resolución 1995 de 1999 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Ley 1438 de 2011 - Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 2082 de 2014 - Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 3100 de 2019 - Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud
- Ley 1751 de 2015 - Por la cual se establece la Ley Estatutaria en Salud
- Resolución 256 de 2016 - por la cual se define el Sistema de Información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

	Proceso:	Calidad	Código:	
	Subproceso:	Procedimiento Comunicación oportuna del Egreso del Usuario a su respectiva EAPB	Versión:	01
	Nombre del documento:	Procedimiento Comunicación oportuna del Egreso del Usuario a su respectiva EAPB	Página:	Página 10 de 4

TABLA CONTROL DE CAMBIOS			
Código	Versión	Fecha	Descripción del Cambio

Elaboró	Jenny Stephany Santana Hernández	Revisó	<ul style="list-style-type: none"> Oscar Fernando Rosero Jasmin E. Daza Fernanda Omen Bedoya Aimsi Friedad Sanchez Córdoba Dora Isabel Girón Mora Oiga Cecilia Erazo Kally Doranay Solís 	Aprobó	Cesar Edmundo Sarría Porras
Cargo	Ruralita Enfermería Universidad del Cauca – Convenio Docencia Servicio	Cargo	<ul style="list-style-type: none"> Subgerente Científico Lider de Calidad de Ginecobstetricia Referencia y Contrareferencia Coordinadora Cuentas médicas y concurrencia Coordinación de Facturación Seguridad del Paciente Coordinadora Estadística 	Cargo	Gerente

Anexo 10. Educación y socialización de actividades en los servicios asistenciales





Cronograma

CRONOGRAMA RURALITO HUSJ
 ESTUDIANTES: Luisa María Noguera Tulcán
 Jenny Stephany Santana Hernández

ACTIVIDAD	MES												
	MAYO Semanas				JUNIO Semanas					JULIO Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Reconocimiento			x										
Planeación			x										
Diseño y elaboración de doc.				x	x	x							
Ejecución							x	x	x	x			
Evaluación											x		
Ajuste de doc.													x
Sustentación													x
Entrega de informe final													x

Periodo del ruralito en el HUSJ