

INFORME DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL DE LA VIGENCIA 2020

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: E.S.E Hospital San José del Guaviare.

FECHA DEL CORTE DEL INFORME: 31 de diciembre de 2020

El mejoramiento es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación, por lo cual se realiza la verificación de las acciones de mejora formuladas para la vigencia 2020 a los grupos de estándares de acreditación en salud. Se formularon las acciones de los siguientes estándares:

GRUPO DE ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR GRUPO DE ESTANDAR |
|---|--|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Estándar 76. Código: (DIR1): Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios: | Desarrollar las diferentes herramientas que ayuden a la revisión, actualización y mejora continua del plan de gestión, con la participación de los grupos de valor | TERMINADA | 100% | 73% |
| Estándar 77. Código: (DIR 2). La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación esta Estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. | Documentar la metodología de la formulación, actualización, seguimiento y mejora del direccionamiento estratégico y el plan de gestión | TERMINADA | 100% | |
| | Establecer indicadores de cumplimiento, eficiencia y control del plan de gestión | TERMINADA | | |
| Estándar 78. Código: (DIR3). La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas. | Documentar las diferentes estrategias para la divulgación del plan de gestión. | TERMINADA | 50% | |
| | Indicadores para evaluar la apropiación del plan de gestión | SIN INICIAR | | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | |
|--|---|--------------------|-------------|
| <p>Estándar 80. Código: (DIR.5). La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p> | <p>Divulgar la política de humanización, para que los líderes de los procesos busquen las diferentes estrategias para fomentarla y aplicarla.</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>100%</p> |
| <p>Estándar 84. Código: (DIR9). La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p> | <p>Fortalecer las estrategias para el programa de seguridad del paciente</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>62%</p> |
| | <p>Documenta el manual de Inducción y reinducción de la institución</p> | <p>TERMINADA</p> | |
| | <p>Garantizar que el 50% del personal asistencial profesional y el 100% del personal de facturación de la institución, cuenta con reinducción</p> | <p>SIN INICIAR</p> | |
| | <p>Garantizar que el 100% del personal que ingrese a la institución cuenta con la inducción</p> | <p>EN PROCESO</p> | |
| <p>Estándar 85. Código: (DIR10). Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación para a la junta directiva</p> | <p>Realizar el proceso de inducción y reinducción a todos los integrantes de la junta directiva</p> | <p>SIN INICIAR</p> | <p>0%</p> |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | |
| <p>Estándar 88. Código: (AsMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> | <p>Estandarizar la metodología para la formulación y seguimiento de acciones de mejora</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>100%</p> |



Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de las 12 acciones formuladas en el grupo de estándares de direccionamiento de la vigencia 2020, se ejecutó el 73%, correspondiente a 8 de las acciones de mejora terminadas, 1 acción de mejora en proceso y 3 acciones de mejora sin iniciar

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión del talento humano, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos:

- Se cuenta con **Política de humanización** aprobada por resolución 1465
- Se cuenta con **Manual de inducción y reinducción** Código: A-TH-MA-01
- Se cuenta con **Instructivo para la formulación de acciones de mejora** Código: E-CL-IN-03
- Se cuenta con **Manual de manejo del software almera** Código: E-CL-MA-01

GRUPO DE ESTANDAR DE GERENCIA

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR GRUPO DE ESTANDAR |
|--|---|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Estándar 89. Código: (GER1). Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. | Documentar los mecanismos para identificar las necesidades externas y establecer las acciones de mejora internas (procesos, proyectos, portafolio de servicios, otros.) | SIN INICIAR | 0% | 77% |
| Estándar 91. Código: (GER. 3). Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer. | Actualizar el documento de capacidad instalada de la institución, teniendo en cuenta la oferta y demanda de los servicios | TERMINADA | 100% | |
| Estándar 92. Código: (GER. 4). La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico | Contar con la caracterización total de los riesgos de la institución. | TERMINADA | 100% | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | | |
|---|---|--------------------|-------------|--|
| <p>Estándar 94. Código: (GER.6). Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad.</p> | <p>Automatizar la elaboración y seguimiento al plan de gestión mediante el software ALMERA</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>100%</p> | |
| <p>Estándar 97. Código: (GER.9). La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia.</p> | <p>Actualizar y socializar el código de ética, código de buen gobierno y manual del usuario, articulándolo con la nueva plataforma estratégica</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>75%</p> | |
| | <p>Establecer estrategias e indicadores para monitorizar el cumplimiento de la política de humanización y manual del usuario</p> | <p>EN PROCESO</p> | | |
| <p>Estándar 99. Código: (GER.11). Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.</p> | <p>Contar con análisis de costo por cada unidad funcional, teniendo en cuenta el documento de capacidad instalada para la operatividad de cada servicio</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>50%</p> | |
| | <p>Elaborar la metodología para la asignación de recursos de la organización.</p> | <p>SIN INICIAR</p> | | |
| <p>Estándar 98. Código: (GER.10): Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.</p> | <p>Realizar la aplicabilidad de la batería psicosocial dentro de la institución, análisis e intervención de los resultados</p> | <p>TERMINADA</p> | <p>88%</p> | |
| | <p>Elaboración, aprobación, socialización e implementación del reglamento interno de trabajo.</p> | <p>EN PROCESO</p> | | |



| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
|--|---|-----------|------|--|
| Estándar 103. Código: (GERMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares. | Estandarizar la metodología para la formulación y seguimiento de acciones de mejora | TERMINADA | 100% | |

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de 11 acciones formuladas en el grupo de estándares de gerencia de la vigencia 2020 se ejecutó el 77%, correspondiente a 7 de las acciones de mejora terminadas, 2 acciones de mejora en proceso y 2 acciones de mejora sin iniciar

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión del talento humano, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos:

- Se cuenta con **manual de capacidad instalada**
- se cuenta con **mapa de riesgos de corrupción y gestión**
- se cuenta con **resolución 0844 del 2020**
- se cuenta con **manual del usuario** Código: M-US-MA-01
- Se cuenta con **indicador de Proporción de usuarios que califican la información del manual del usuario como útil** Código: M-US-IN-02
- Se cuenta con **Reglamento interno de trabajo** aprobado mediante Acuerdo 08 del 27 de octubre del 2020
- Se cuenta con Instructivo para la formulación de acciones de mejora Código: E-CL-IN-03

GRUPO DE ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR GRUPO DE ESTANDAR |
|---|---|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Estándar 107. Código: (TH4). La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de | Documentar el manual de inducción y reinducción en donde se incluyan las diferentes áreas y servicios de acuerdo a los perfiles y | Terminada | 90% | 52% |



“El Hospital Somos Todos”

| | | | | |
|---|--|-------------|-----|--|
| empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento). | teniendo en cuenta el uso de las diferentes Tics que se pueden implementar y socializar con el personal del área de talento humano, | | | |
| | Establecer indicadores de medición de resultados del proceso de inducción y reinducción y generar un informe de cumplimiento | En proceso | | |
| Estándar 109. Código: (TH6). Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye: | Implementar el procedimiento de vinculación del personal de la institución. | Sin iniciar | 0% | |
| | Establecer indicadores de medición de resultados del procedimiento de vinculación del personal a la institución. | Sin iniciar | | |
| Estándar 110. Código: (TH7). Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización. | Documentar y aprobar procedimiento de formulación del plan institucional de capacitación para el personal de la institución | Terminada | 50% | |
| | Implementar y evaluar el procedimiento de formulación del plan institucional de capacitación. | Sin iniciar | | |
| Estándar 111. Código: (TH8). La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica. | Actualización del instructivo de estrategias de evaluación de competencias comportamentales de contratistas. | En proceso | 37% | |
| | Establecer indicadores de efectividad de las estrategias de evaluación de competencias comportamentales de contratistas y establecer acciones de mejoramiento. | Sin iniciar | | |
| | Adopción de estrategias de evaluación a personal provisional (Resolución) | En proceso | | |
| Estándar 113. Código: (TH10): La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades | Adoptar la política de talento humano. | Terminada | 33% | |
| | Establecer estrategias de comunicación efectiva dentro de la organización. | Sin iniciar | | |



“El Hospital Somos Todos”

| | | | |
|--|---|-------------|------|
| funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano. | Elaborar indicadores de evaluación de las estrategias de comunicación implementadas. | Sin iniciar | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | |
| Estándar 120. Código: (THMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: | Establecer la metodología de formulación y seguimiento de acciones mejora, para lograr la meta. | Terminada | 100% |

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de 13 acciones formuladas en el PAMEC de la vigencia 2020 se ejecutó el 52%, correspondiente a 4 de las acciones de mejora terminadas, 3 acciones de mejora en proceso y 6 acciones de mejora sin iniciar.

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión del talento humano, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos

- Se cuenta con **manual de inducción y reinducción** Código: A-TH-MA-01
- Se evidencia **fichas técnicas del indicador de Porcentaje de los colaboradores que ha recibido inducción** A-TH-ID-01.
- Se cuenta con **protocolo para la formulación del plan institucional de capacitación** Código: A-TH-PT-01.
- Se cuenta con **indicador de porcentaje de cumplimiento plan de institucional de capacitación**, código A-TH-ID-02.
- Se cuenta con **formato para la recolección de necesidades de capacitación**, código: A-TH-FO-07
- Se cuenta **Indicador de satisfacción del cliente interno con el Plan institucional de capacitaciones**
- Se cuenta con **política de gestión del talento humano**, resolución 0520 del 2020 y sus respectivos indicadores.
- Se cuenta con el **instructivo para la formulación de acciones de mejora** código: E-CL-IN-03 y el **formato de registro y formulación de acciones de mejora**. código: E-CL-FO-27



“El Hospital Somos Todos”

GRUPO DE ESTANDAR DE AMBIENTE FISICO

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR TIPO DE ESTANDAR |
|--|---|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Estándar 123. Código: (GAF3). La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. | Evaluación de las estrategias implementadas respecto a la conservación del medio ambiente, por medio de la disminución del consumo de agua, energía y papel. | En proceso | 80% | 83% |
| | Actualizar el programa de ahorro de agua y energía e implementar las diferentes estrategias para su aplicabilidad, junto con los indicadores correspondientes | Terminada | | |
| | Implementar la política de ahorro de papel y documentar las diferentes estrategias para su cumplimiento. | Terminada | | |
| Estándar 124. Código: (GAF4). La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran: | Medir el impacto de la aplicación del PGIRHS a través de los indicadores establecidos. | En proceso | 90% | |
| Estándar 125. Código: (GAF5). La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos | Actualizar el plan hospitalario de emergencias y desastres interno. | Terminada | 100% | |
| | Operatividad el comité hospitalario de emergencia y desastres | Terminada | | |
| Estándar 128. Código: (GAF8). La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización. | Despliegue e implementación de la política de no fumador al cliente de la institución. | En proceso | 40% | |
| Estándar 129. Código: (GAF9): La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que | Elaborar e implementar de estrategias para el cumplimiento de la política de humanización. | En proceso | 90% | |



“El Hospital Somos Todos”

| | | | | |
|--|---|-----------|------|--|
| el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando usuarios y colaboradores. | Reducir contaminación visual, revisando y retirando la señalización sea pertinente y oportuna. | Terminada | | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
| Estándar 131. Código: (GAFMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: | Establecer la metodología de formulación y seguimiento de acciones mejora, para lograr la meta. | Terminada | 100% | |

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de 10 acciones formuladas en el grupo de estándares de gerencia del ambiente físico de la vigencia 2020 se ejecutó el 83%, correspondiente a 6 de las acciones de mejora terminadas y 4 acciones de mejora en proceso.

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión del talento humano, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos

- Se cuenta con **programa de uso eficiente y ahorro de energía** Código: E-GA-OT-02.
- Se cuenta con **formato de consumo energético** código: E-GA-FO-01.
- Se cuenta con INDICADORES: **Porcentaje de personal capacitado en uso eficiente de energía eléctrica**, E-GA-ID-01, **porcentaje de disminución del consumo de energía eléctrica**, **porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones sobre el uso eficiente de la energía**
- Se cuenta con FORMATOS: **formato de registro de daño de la red eléctrica y sus componentes** código: E-GA-FO-02, 15.2 **formato de consumo energético** E-GA-FO-01
- Se cuenta con **programa de uso eficiente y ahorro de agua** Código: E-GA-OT-03.
- Se cuenta con INDICADORES: **Consumo de agua de agua per càpita** E-GA-ID-08, **Personal capacitado en manejo de eficiente del agua** E-GA-ID-07
- Se cuenta con **programa de reciclaje** Código: E-GA-FO-04.

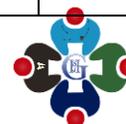


“El Hospital Somos Todos”

- Se cuenta con **lista de chequeo ronda de inspección programa de reciclaje** , código: E-GA-LCH-03
- Se cuenta con INDICADOR: **Cumplimiento del plan de inspecciones E-GA-ID-02, Porcentaje de Ahorro de papel E-GA-ID-05, Porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones programa de reciclaje E-GA-ID-06**
- Se cuenta con INDICADORES: **Personal capacitado en manejo de residuos hospitalarios y similares E-GA-ID-03, Residuos destinado para otros sistemas E-GA-ID-04**
- Se cuenta con **plan hospitalario de emergencias y política de emergencias.**
- Se cuenta con la operatividad del **comité hospitalario de emergencias**
- Se cuenta con **instructivo de estrategias para la disminución de la contaminación visual** Código: E-SST-IN-01.
- Se cuenta con INDICADORES: **Sensibilización a los clientes sobre la disminución de la contaminación visual. E-SST-ID-01, Cumplimiento del plan de inspecciones E-SST-ID-02**
- Se cuenta con el **instructivo para la formulación de acciones de mejora** código: E-CL-IN-03 y el **formato de registro y formulación de acciones de mejora.** Código: E-CL-FO-27

GRUPO DE ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR TIPO DE ESTANDAR |
|--|---|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Estándar 143. Código: (GI2): Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información. | Construcción del procedimiento para la elaboración de plan de comunicaciones institucion. | Terminada | 100% | 83% |
| | Efectividad en la implementación del plan de comunicaciones | Terminada | | |
| Estándar 146. Código: (GI5). Existen mecanismos Estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. | Aprobar y socializar la política de seguridad de la información | En proceso | 27% | |
| | Documentar el manual para el manejo del software institucional en donde se incluya, el cumplimiento de todos los criterios del estándar (se debe enlazar con el estándar 148, los mecanismos del cumplimiento de la | Sin iniciar | | |



“El Hospital Somos Todos”

| | | | | |
|---|--|-------------|------|--|
| | seguridad de la información) | | | |
| | Establecer indicadores de gestión de este manual para el manejo del software institucional. | Sin iniciar | | |
| Estándar 149. Código: (GI8). Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. | Establecer los indicadores por proceso (normativos y propios) | En proceso | | |
| | Cargar indicadores de procesos, normativos al software de almera para su respectiva consulta y gestión. | En proceso | 87% | |
| | Establecer metodología para la gestión de indicadores | Terminada | | |
| Estándar 154. Código: (GI13). Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos. | Medición de la percepción del cliente interno y externo respecto a la información brindada a través de las diferentes tecnologías de la información y comunicación (TICs). | Terminada | 100% | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
| Estándar 155. Código: (GIMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: | Establecer la metodología de formulación y seguimiento de acciones mejora, para lograr la meta. | Terminada | 100% | |

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de 10 acciones formuladas en el grupo de estándares de gerencia de la información de la vigencia 2020, se ejecutó el 83%, correspondiente a 5 de las acciones de mejora terminadas, 3 acciones de mejora en proceso y 2 acciones de mejora sin iniciar.

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gerencia de la información, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos



“El Hospital Somos Todos”

- Se cuenta con **política de sistema de gestión de la seguridad de la información**
- Se cuenta con **instructivo para la gestión y monitoreo de la calidad** Código: E-CL-IN-02 indicadores consulta externa, laboratorio clínico, servicio transfusional, referencia y contra referencia, talento humano seguridad del paciente, urgencias, hospitalizados (adultos - pediatría), unidad materno infantil, unidad de cuidados intermedios, los cuales esta cargados en almera para ser medidos por los líderes de proceso.
- Se cuenta con **herramienta para la medición de la percepción del cliente interno y externo respecto a la información**
- Se cuenta con **procedimiento de plan de comunicaciones** Código: E-ME-PR-02
- Se cuenta con el **instructivo para la formulación de acciones de mejora** código: E-CL-IN-03 y el **formato de registro y formulación de acciones de mejora**. Código: E-CL-FO-27

GRUPO DE ESTANDARES GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR GRUPO DE ESTANDAR |
|---|---|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Estándar 132. Código: (GT1). La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología. | Documentar instructivo de renovación, repotencialización y adquisición de tecnologías. | Sin iniciar | 0% | 58% |
| Estándar 133. Código: (GT3). La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología | Elaboración de la metodología para la construcción de la política para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. | Sin iniciar | 0% | |
| Estándar 134. Código: (GT3). La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. | Evidenciar la intervención de los principales riesgos de la tecnología disponible en la institución (Implementación de Cronograma de capacitación al personal). | En proceso | 50% | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | | |
|--|---|-----------|------|--|
| Estándar 136. Código: (GT5). La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado: | Cumplimiento de un 80% al cronograma de mantenimiento establecido para la presente vigencia. (Equipos biomédicos, sistemas, equipos industriales, automotor, infraestructura y mobiliario). | Terminada | 100% | |
| | Elaborar instructivo de mantenimiento de equipos biomédicas (donde se evidencie lo requerido por el estándar). | Terminada | | |
| | Elaborar manual general de mantenimiento hospitalario, según lo estipula en la Circular 029 de 1997, Decreto 1769. | Terminada | | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
| Estándar 141. Código: (GTMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de Estándares | Establecer la metodología de formulación y seguimiento de acciones mejora, para lograr la meta. | Terminada | 100% | |

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de 7 acciones formuladas en el grupo de estándares de gestión de la tecnología de la vigencia 2020, se ejecutó el 58%, correspondiente a 4 de las acciones de mejora terminadas, 1 acciones de mejora en proceso y 2 acciones de mejora sin iniciar.

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión tecnológica, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos.

- Se cuenta con **manual general de mantenimiento**, en donde permite conocer de forma clara los recursos necesarios para la planificación y ejecución de un mantenimiento preventivo y/o correctivo en la infraestructura y dotación de la institución.
- Se cuenta con un **instructivo de mantenimiento de equipos biomédicos**, en el cual se puede encontrar la descripción breve del mantenimiento de un equipo biomédico y la disponibilidad de los equipos en la institución.



“El Hospital Somos Todos”

- Se establecen **indicadores de mantenimiento**, con su respectivo análisis para la toma de decisiones que contribuyen en la mejora del servicio de mantenimiento en la institución.
- Se establece un **cronograma de capacitación al personal** de la institución con el fin de garantizar el buen uso de la tecnología y prevenir los riesgos asociados.
- Se cuenta con el **instructivo para la formulación de acciones de mejora** código: E-CL-IN-03 y el **formato de registro y formulación de acciones de mejora**. código: E-CL-FO-27

GRUPO DE ESTANDARES DEL CLIENTE ASISTENCIAL

| ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | % DE CUMPLIMIENTO POR ESTÁNDAR | % DE CUMPLIMIENTO POR GRUPO DE ESTÁNDARES |
|---|--|-----------------------|--------------------------------|---|
| Estándar 3. Código: (AsDP3). La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario. | Actualizar y socializar el código de ética y buen gobierno teniendo en cuenta los nuevos objetivos estratégicos. | Terminada | 88% | 80% |
| | Actualizar y socializar el manual del usuario y establecer las estrategias de implementación. | Terminada | | |
| | Diseñar indicadores de medición del cumplimiento de las estrategias implementadas y del cumplimiento del manual de usuario | Terminada | | |
| | Operatividad el comité de ética institucional | En proceso | | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | |
| Estándar 5. Código: (AsSP1). La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización media. | Medir el resultado de los indicadores de seguimiento a las estrategias para la identificación y reportes de incidentes y eventos adverso | Terminada | 100% | |
| Estándar 6. Código: (AsSP2). La política de seguridad de pacientes se | Comparar el resultado de la medición del clima seguridad del paciente de la vigencia | Terminada | 100% | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | | |
|---|---|-------------|------|--|
| despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye: | anterior y actual y tomar decisiones. | | | |
| | Establecer estrategias de información al paciente y su familia sobre eventos adversos. | Terminada | | |
| | Realizar Seguimiento al plan de mejora del clima de seguridad del paciente. | Terminada | | |
| ACCESO | | | | |
| Estándar 19. Código: (AsREG3). En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos: | Disponer de la documentación institucional para la preparación del paciente a cualquier procedimiento quirúrgico a través de software Almera para su fácil consulta. | Sin iniciar | 0% | |
| EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO | | | | |
| Estándar 22. Código: (AsEV3): La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología | Revisar de manera mensual 50 % de las historias clínicas de pacientes que durante el proceso de atención requiera algún proceso de aislamiento y revisar 5 historia clínicas de pacientes que no se les haya indicado aislamiento de ningún tipo. | Terminada | 100% | |
| | Implementar las herramientas de prevención de IAAS (medidas de aislamiento, normas de bioseguridad, lavado de manos, limpieza y desinfección), realizando seguimiento mensual. | Terminada | | |
| PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN | | | | |
| Estándar 33. Código: (AsPL13). En el proceso de planeación de la atención, la organización | Documentar las estrategias de despliegue de la política de humanización. | Terminada | 50% | |



“El Hospital Somos Todos”

| | | | | |
|--|---|-------------|------|--|
| debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad. | Documentar las estrategias de despliegue de la política de humanización. | Sin iniciar | | |
| Estándar 36. Código: (AsPL14). El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario. | Contar con una adherencia igual o mayor 50% del personal de enfermería y laboratorio clínico, al procedimiento de toma de muestras. | En proceso | 20% | |
| EVALUACION DE LA ATENCION | | | | |
| Estándar 40. Código: (AsPL18): La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. | Contar con una adherencia igual o mayor que 50% del personal de enfermería y servicios generales, al Manual de limpieza y desinfección. | Terminada | 100% | |
| | Diseñar un instructivo de prevención de IAAS. | Terminada | | |
| | Evaluar la aplicación de la instructiva prevención de IAAS de forma periódico | Terminada | | |
| Estándar 47. Código: (AsEVA1). La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros | Evaluar Mensual la calidad del dato de 10 historias clínicas de atención de urgencias y realimentar la información. | Terminada | 100% | |
| | Desarrollar casos clínicos para dar a conocer fallas en el proceso de atención | Terminada | | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | | |
|--|---|-----------|------|--|
| 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. | Diseñar un instructivo de búsqueda activa de reingreso a urgencias. | Terminada | | |
| Estándar 48. Código: (AsEV2). La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. | Diseñar la metodología para la gestión de las PQRSF, que incluya planes de mejora e indicadores de resultado. | Terminada | 100% | |
| REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | | | | |
| Estándar 53. Código: (AsREF1). En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: | Establecer indicadores de medición del proceso de referencia y contra referencia. | Terminada | 100% | |
| | Seguimiento a los indicadores de referencia y contra-referencia para la toma de decisiones. | Terminada | | |
| MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
| Estándar 155. Código: (GIMCC1). La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de | Establecer la metodología de formulación y seguimiento de acciones mejora, para lograr la meta. | Terminada | 100% | |



| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: | | | | |
|---|--|--|--|--|

Fuente: Seguimiento de las acciones

Como se pudo observar de las 27 acciones formuladas en el grupo de estándares de cliente asistencial de la vigencia 2020, 20 acciones se terminaron, 2 acciones de mejora en proceso y 2 acciones de mejoras sin iniciar. **Se evidencia un cumplimiento promedio del grupo del 80%**. Teniendo en cuenta lo anterior podemos identificar como:

Aprendizaje organizacional: Son todas las acciones que se deben estandarizar en la institución, por el grupo de estándares de cliente asistencial se identifican las siguientes acciones para estandarizar:

Estandarización de procesos y/o procedimientos.

- Se cuenta con el **manual de usuario**, el cual permite dar a conocer de forma breve y clara los servicios ofertados y las recomendaciones necesarias para la adecuada interacción el proceso de atención.
- Se establecen **indicadores de seguridad del paciente propios y de norma**, con su respectivo análisis para la toma de decisiones que contribuyen en la mejora de clima de seguridad del paciente.
- Se establece la periodicidad de la **medición del clima de seguridad** del paciente, permitiendo evidenciar los avances y comportamientos entre las vigencias, para la toma de decisiones.
- Se cuenta con instructivo de **para la ilustración del paciente en el auto cuidado de la salud y la preservación de la seguridad de la atención código: Código: M-SP-OT-03**, el permite dar pautas a los pacientes y familiares para contribuir en el proceso de atención de una manera segura.
- Se formuló **el programa de humanización**, teniendo en cuenta la política de humanización, donde se desarrolla estrategias de despliegue a nivel institucional, lo que permitiría una atención calidad y humanizada.
- Se estable **instructivo para prevención e identificación de infecciones asociadas en la atención en salud- Código: M-SP-IN-02**, el cual cuenta con herramientas para la identificación y medición de adherencia a los procesos institucionales que contribuyen a la prevención de IAAS.

“El Hospital Somos Todos”



- Se cuenta con instructivo para la **formulación de acciones de mejora**
Código: E-CL-IN-03, lo cual permitirá la estandarización de la metodología a nivel institucional.
- Se cuenta con el **instructivo para la formulación de acciones de mejora**
código: E-CL-IN-03 y el **formato de registro y formulación de acciones de mejora**. código: E-CL-FO-27

GRUPO DE ESTANDAR DE MEJORAMIENTO CONTINUO

| ESTANDAR | ACCIONES DE MEJORAMIENTO | NIVEL DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE POR ESTANDAR | PORCENTAJE POR GRUPO DE ESTANDAR |
|--|--|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Estándar 156. Código: (MCC1): Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados | Documentar y adoptar el manual de mejoramiento continuo. | TERMINADA | 100% | 100% |
| Estándar 157. Código: (MCC2): La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación. | Documentar la metodología para la formulación de acciones de mejoramiento. | TERMINADA | 100% | |
| | Socializar la metodología para la formulación de acciones de mejoramiento a los líderes de los procesos, A través de los medios comunicación y tecnología. | TERMINADA | 100% | |
| Estándar 158. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. | Documentar la gestión de los indicadores institucionales, Teniendo en cuenta lo exigido en los criterios del estándar y los indicadores de normativos. | TERMINADA | 100% | |

“El Hospital Somos Todos”



| | | | | |
|--|--|-----------|------|--|
| | Contribuir en el diseño de indicadores para asegurar y verificar la calidad de los productos y servicios de referencia y contrareferencia, transporte asistencial, seguridad del paciente, Unidad de cuidados intermedios adultos, talento humano. | TERMINADA | 100% | |
| Estándar 159. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran. | Implementar el software de gestión calidad (almera) donde se articula los procesos administrativos y asistenciales, para fácil consulta. | TERMINADA | 100% | |
| Estándar 160. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas. | Comparación y análisis de la medición la cultura de seguridad del paciente de la vigencia anterior y actual, a través de los resultados de la medición de la cultura de seguridad del paciente. | TERMINADA | 100% | |

Como se pudo observar de 7 acciones formuladas en el grupo de estándares de gerencia de la vigencia 2020 se ejecutó el 100%, correspondiente a 7 de las acciones de mejora terminadas

Aprendizaje organizacional: son las acciones ejecutadas que se deben estandarizar por el grupo de gestión del talento humano, las cuales se mencionaran a continuación:

Estandarización de procesos y/o procedimientos:

- Se cuenta con **Manual de mejoramiento continuo** Código: E-CL-MA-02
- Se cuenta con **Instructivo para la formulación de acciones de mejoramiento** Código: E-CL-IN-03
- Se cuenta con **Instructivo para la gestión y monitoreo de la calidad** Código: E-CL-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Remisiones aceptadas** Código: M-RF-IN-01



“El Hospital Somos Todos”

- Se cuenta con **indicador de Pertinencia de las remisiones realizadas por la institución** Código: M-RF-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Oportunidad de remisión** Código: M-RF-IN-03
- Se cuenta con **indicador de Numero de contrareferencias realizadas en un periodo** Código: M-RF-IN-04
- Se cuenta con **indicador de Proporción de adherencia al lavado de manos de los funcionarios del servicio de Referencia y Contrareferencia** Código: M-RF-IN-05
- Se cuenta con **indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de Referencia y Contrareferencia** Código: M-RF-IN-06
- Se cuenta con **indicador de Proporción de adherencia al lavado de manos de los funcionarios del servicio de Seguridad del Paciente** Código: M-SP-IN-01
- Se cuenta con **indicador de Numero de personal con capacitación en generalidades de seguridad del paciente** Código: M-SP-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Porcentaje de cumplimiento de planes de mejoramiento de los eventos adversos** Código: M-SP-IN-03
- Se cuenta con **indicador de Número de pacientes y cuidadores a quienes se le brinda información de autocuidado** Código: M-SP-IN-04
- Se cuenta con **indicador de Porcentaje de los colaboradores que ha recibido inducción** Código: A-TH-IN-01
- Se cuenta con **indicador de Porcentaje de cumplimiento de plan institucional de capacitación** Código: A-TH-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Cumplimiento de las actividades de bienestar laboral** Código: A-TH-IN-03
- Se cuenta con **indicador de Satisfacción del cliente interno con las actividades de bienestar laboral** Código: A-TH-IN-04
- Se cuenta con **indicador de Numero de traslados asistenciales básicos** Código: M-TA-IN-01
- Se cuenta con **indicador de Numero de traslados asistenciales medicalizados** Código: M-TA-IN-01
- Se cuenta con **indicador de Efectividad en la referencia (traslado efectivo)** Código: M-TA-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Proporción de adherencia al lavado de manos de los funcionarios del servicio de Transporte Asistencial** Código: M-TA-IN-03



“El Hospital Somos Todos”

- Se cuenta con **indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de Transporte Asistencial** Código: M-TA-IN-04
- Se cuenta con **indicador de Promedio día estancia en el servicio de unidad de cuidado intermedio adulto** Código: M-UC-IN-01
- Se cuenta con **indicador de Tasa de ulcera por presión** Código: M-UC-IN-02
- Se cuenta con **indicador de Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios en menos de 15 días** Código: M-UC-IN-03
- Se cuenta con **indicador de 04 Tasa de infecciones asociadas en la atención en salud** Código: M-UC-IN-04
- Se cuenta con **indicador de Tasa de flebitis de paciente en la unidad de cuidados intermedios asociada al catéter venoso periférico** Código: M-UC-IN-05
- Se cuenta con **indicador de proporción de estancias hospitalarias prolongadas en la unidad de cuidados intermedios** Código: M-UC-IN-06
- Se cuenta con **indicador de proporción de fugas de pacientes en el servicio de unidad de cuidados intermedios** Código: M-UC-IN-07
- Se cuenta con **indicador de proporción de adherencia al lavado de manos de los funcionarios del servicio de Unidad de Cuidados Intermedios** Código: M-UC-IN-08
- Se cuenta con **indicador de proporción de cumplimiento aislamiento hospitalario en la Unidad de Cuidados Intermedios** Código: M-UC-IN-09
- Se cuenta con **indicador de Proporción de eventos adversos en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios** Código: M-UC-IN-10
- Se cuenta con **Manual para el manejo del software almera** Código: E-CL-MA-01

CONSOLIDADO DEL RESULTADO PORCENTUAL POR LOS GRUPOS DE ESTANDARES

| GRUPO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN | RESULTADO PORCENTUAL POR GRUPO DE ESTÁNDARES | TOTAL DE ACCIONES FORMULADAS POR GRUPO DE ESTÁNDARES | ACCIONES TERMINADAS POR GRUPO DE ESTÁNDARES | ACCIONES EN PROCESO POR GRUPO DE ESTÁNDARES | ACCIONES SIN INICIAR PROCESO POR GRUPO DE ESTÁNDARES |
|-------------------------------------|--|--|---|---|--|
| DIRECCIÓN | 73% | 12 | 8 | 1 | 3 |
| GERENCIA | 77% | 11 | 7 | 2 | 2 |



“El Hospital Somos Todos”



HOSPITAL
SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

EL HOSPITAL SOMOS TODOS

Código de prestador

95 001 0000101

Nit - 832001966-2

GESTIÓN DE CALIDAD

| | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | 52% | 13 | 4 | 3 | 6 |
| GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO | 83% | 10 | 6 | 4 | 0 |
| GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | 83% | 10 | 5 | 3 | 2 |
| GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | 58% | 6 | 3 | 1 | 2 |
| ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL | 80% | 24 | 20 | 2 | 2 |
| MEJORAMIENTO CONTINUO | 100% | 7 | 7 | 0 | 0 |
| TOTAL | 76% | 93 | 60 | 16 | 17 |

Fuente: Seguimiento de las acciones priorizadas

Una vez terminado el seguimiento de las acciones de los estándares de acreditación priorizadas para la vigencia 2020, se puede concluir que el nivel de cumplimiento es de 76 %.

Cordialmente,

CLAUDIA YINET VANEGAS FIGUEROA

Asesora de la Gerencia

E.SE Hospital San José del Guaviare

Copia: Gerente, Subgerencia Administrativa y Financiera y Subgerencia de Servicios de Salud,

“El Hospital Somos Todos”

