

PLANTA SEGUNDO PISO
ESC. 1 : 100

ruta de evacuacion 

ACTA DE CAPACITACIÓN SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 29 de agosto 2019	HORA DE INICIO: 9:00 a.m.	HORA DE FINALIZACIÓN: 10:00 a.m.
RESPONSABLE: Doc Miguel Barreto		LUGAR: Ese Guachaves
TEMA: EPOC		
OBJETIVO: Educar al personal de salud de la Ese Guachaves en la temática del EPOC		
POBLACIÓN: Personal de salud Ese Guachaves		

Orden de día:

1. Saludo
2. Socialización de la temática del Epoc
3. cierre

DESARROLLO DE LA JORNADA

1. La Medico profesional Daniela Riascos brinda un cordial saludo de bienvenida a los asistentes y los invita a participar activamente del encuentro que contribuirá a afianzar sus conocimientos y mejorará la atención con pacientes.
2. Seguidamente la profesional a través de diapositivas pasa a abordar y explicar la temática del Epoc, en resumen, dio a conocer lo siguiente:

A) **QUE ES EL EPOC:**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (**EPOC**) es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar. Es causada por la exposición a largo plazo a gases o partículas irritantes, en la mayoría de los casos del humo de cigarrillo. Las personas con EPOC tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón y una variedad de otras afecciones.

El enfisema y la bronquitis crónica son las dos afecciones más frecuentes que contribuyen a desarrollar la EPOC. La bronquitis crónica es la inflamación del revestimiento de los bronquios, que llevan aire hacia y desde los sacos de aire (alvéolos) del pulmón. Se caracteriza por la tos diaria y la producción de mucosidad (esputo).

El enfisema es una afección en la cual los alvéolos que están en los extremos de las vías aéreas más pequeñas (bronquiolos) de los pulmones se destruyen como resultado de la exposición dañina al humo de cigarrillo y a otros gases y partículas irritantes.

La EPOC se puede tratar; con el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con EPOC puede lograr un buen control del síntoma y la calidad de vida, además de reducir el riesgo de otras afecciones relacionadas.

B) **LOS SÍNTOMAS DE LA EPOC:** Los no suelen aparecer hasta cuando ya se ha producido un daño significativo y, por lo general, empeoran con el tiempo, particularmente si el paciente sigue expuesto al humo del tabaco. Los pacientes con bronquitis crónica presentan una tos diaria y producción de mucosidad (esputo) como síntoma principal durante al menos tres meses al año en dos años consecutivos. Otros signos y síntomas de la EPOC pueden incluir los siguientes:

- Dificultad para respirar, sobre todo durante la actividad física
- Silbido al respirar
- Presión en el pecho
- Tener que aclararse la garganta temprano a la mañana, debido al exceso de mucosidad en los pulmones
- Una tos crónica que puede producir mucosidad (esputo), la cual puede ser transparente, blanca, amarilla o verdosa
- Color azul en los labios o los lechos ungueales (cianosis)
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Falta de energía
- Pérdida de peso involuntaria (en los estadios más avanzados)
- Hinchazón en los tobillos, los pies o las piernas

También es probable que las personas con EPOC tengan episodios llamados reagudizaciones, durante los cuales los síntomas empeoran más que la variación habitual diaria y duran al menos varios días

C) CAUSAS

La causa principal de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en los países desarrollados es el tabaquismo. En los países en vías de desarrollo, la EPOC a menudo se presenta en personas que están expuestas a gases combustibles usados para cocinar o para calefaccionar en viviendas con mala ventilación.

Solo aproximadamente el 20 al 30 por ciento de los fumadores crónicos pueden tener EPOC clínicamente aparente, aunque muchos fumadores con antecedentes de tabaquismo de larga data pueden presentar una función pulmonar reducida. En algunos fumadores se manifiestan afecciones pulmonares menos frecuentes. Se las puede diagnosticar mal como EPOC hasta que no se realiza una evaluación más minuciosa. Cómo resultan afectados los pulmones

El aire se traslada por la tráquea e ingresa en los pulmones por medio de dos tubos largos (bronquios). Dentro de los pulmones, estos tubos se dividen muchas veces, como las ramas de un árbol, en tubos más pequeños (bronquiolos) que tienen en sus extremos sacos de aire diminutos (alvéolos).

Los sacos de aire tienen paredes muy delgadas repletas de vasos sanguíneos (capilares). El oxígeno presente en el aire que inhalas atraviesa estos vasos sanguíneos e ingresa en el torrente sanguíneo. Al mismo tiempo, se exhala dióxido de carbono (un gas que es un producto de desecho del metabolismo).

Los pulmones dependen de la elasticidad natural de los bronquios y de los sacos de aire para que el aire salga del organismo. A causa de la EPOC, pierden su elasticidad y se estiran en exceso, por lo cual queda aire atrapado en ellos al exhalar.

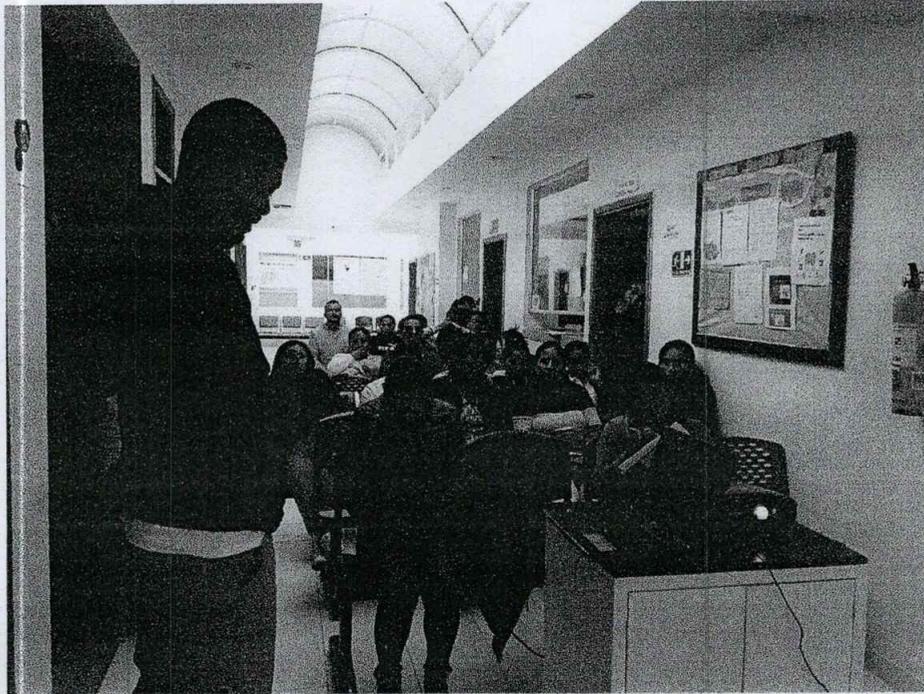
D) FACTORES DE RIESGO: Los factores de riesgo para la EPOC incluyen los siguientes:

Exposición al humo de tabaco. El factor de riesgo más significativo para la EPOC es fumar cigarrillo por un largo plazo. Cuanto más años y más cigarrillos fumas, mayor es el riesgo. Los fumadores de pipa, cigarros y marihuana también pueden presentar riesgo, al igual que las personas expuestas a cantidades abundantes de humo de segunda mano.

Personas con asma que fuman. La combinación de asma, una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias y el cigarrillo aumenta incluso más el riesgo de EPOC.

Exposición ocupacional a polvos y sustancias químicas. La exposición por un largo plazo a gases, vapor y polvo de sustancias químicas en el lugar de trabajo puede irritar e inflamar los pulmones.

REGISTRO FOTOGRAFICO



MOTIVO O EVENTO: <i>epo</i>	
RESPONSABLE: <i>Miguel Barreto</i>	FECHA: <i>29-08-19.</i>
CARGO: <i>Medico</i>	HORA:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	<i>Nowey Duan Salazar</i>	<i>Facturación</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>MWFA Chanaro</i>	<i>aux enferme</i>	<i>Blanca Ch</i>
3	<i>Janneth Cecilia</i>	<i>Aux Enfermera</i>	<i>Janneth Cecilia</i>
4	<i>Sandra Heneses R</i>	<i>Medico</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Daniela Fda Rascos G.</i>	<i>Medico</i>	<i>Daniela R</i>
6	<i>Isabel Ocaña</i>	<i>odontologo</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Marcela Tejran</i>	<i>Aux lab</i>	<i>Marcela Tejran</i>
8	<i>Sandra Yela</i>	<i>Aux enfermera</i>	<i>[Signature]</i>
9	<i>Yadhira Getial</i>	<i>AUX: odontologia</i>	<i>[Signature]</i>
10	<i>Yamilo Yampuezán</i>	<i>Aux Enfermera</i>	<i>Yamilo Y</i>
11	<i>Marcela Calderin Ateagu</i>	<i>Enfermera</i>	<i>[Signature]</i>
12	<i>Paola SANTANDER</i>	<i>AUX. AT. USUARIO</i>	<i>Paola S.</i>
13	<i>Marcela Salazar</i>	<i>psicologo</i>	<i>Marcela Salazar</i>
14	<i>Maricela Alejandra Salazar</i>	<i>Coor Salud Public</i>	<i>Alejandra Salazar</i>
15	<i>Yenny Ramirez</i>	<i>Aux servicios Gener</i>	<i>Yenny Ramirez</i>
16	<i>MARLENY ATILLO</i>	<i>AUX. COUNSEL</i>	<i>MARLENY ATILLO</i>

**PROGRAMA DE
AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION
EN SALUD. –PAMEC-**

CENTRO DE SALUD GUACHAVES E.S.E.

NIT. 900129891-6

BARRIO OLAYA HERRERA / SANTACRUZ - NARIÑO

e-mail: eseguachaves@gmail.com

Celular: 3113761965 – 3135898938

INTRODUCCION

El desarrollo del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud constituye una prioridad para la Centro de Salud Guachavés E.S.E., del municipio de Santacruz, en este sentido, se realiza la formulación y se define el cronograma de trabajo.

Tal como lo establece el Decreto 1011 de 2006, el programa de auditoría se formula en forma concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación, en esta formulación se define la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios, así como la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, basada en normas técnicas, científicas y administrativas, con el fin de establecer medidas correctivas frente a las desviaciones encontradas.

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social.

La fundamentación del programa de auditoría está basada en el autocontrol, es decir cada miembro de la organización participa en la planeación, ejecución y ajuste de sus procedimientos para que estos se correspondan con los estándares de calidad esperados, teniendo como referente la evaluación sistemática que realiza la institución en búsqueda de la cultura del autocontrol.

Al definir su propósito como el de contribuir al mejoramiento de la calidad, se determina que se trata de una función que corresponde a toda la organización en forma intrínseca y que su aplicación debe darse sobre todas aquellas oportunidades de mejora priorizadas y que se realizan para dar cumplimiento a la misión social de la entidad.

Por lo tanto, El Centro de Salud Guachavés E.S.E. del municipio de Santacruz, va a implementar este programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud PAMEC, con un enfoque centrado en el Usuario, soportados en un equipo idóneo con sentido humano basado en el manejo del riesgo y con miras al mejoramiento de la calidad.

Nuestro objetivo fundamental es el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, de tal forma que podamos garantizar a nuestros usuarios y a la sociedad, que realizamos nuestro mejor esfuerzo para protegerlos de los riesgos a los cuales pueden estar expuestos en el proceso de atención; por lo que pretendemos ser reconocidos.

OBJETIVOS GENERAL

Mejorar la Calidad de la Atención en Salud ofrecida a la población usuaria del Municipio de Santacruz, a través de mecanismos sistemáticos y continuos de evaluación, seguimiento y mejora con el fin de lograr estándares superiores de calidad correspondientes con acreditación y por encima de los mínimos de habilitación, centrados siempre en el usuario, para lograr un equilibrio entre la satisfacción de las expectativas del individuo y las necesidades de la sociedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Formular y poner en marcha la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y de evaluación de la satisfacción de los usuarios; desarrollando las fases de prevención, seguimiento y acciones coyunturales.
- * Contribuir al desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud en términos de eficacia, eficiencia y satisfacción, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de los usuarios.
- * Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad a todos los niveles de la institución, generando un aprendizaje institucional.
- * Identificar, perfeccionar, corregir y/o eliminar los factores que originan deficiencias en la prestación de los servicios de salud.
- * Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.

APLICACIÓN Y ALCANCE

El alcance va desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del Plan de Auditorías para el Mejoramiento del Calidad de Centro de Salud Guachavés E.S.E. de Santacruz, permitiendo el fortalecimiento de los procesos institucionales con el fin de lograr estándares superiores de calidad correspondientes al sistema único de acreditación a partir de identificación de no conformidades que se conviertan en oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada teniendo como base los estándares superiores de calidad, promoviendo la construcción de planes de mejoramiento costo-efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de los procesos en favor del usuario.

TIEMPO DE IMPLEMENTACION Y EVALUACION

El Plan de auditorías para el mejoramiento de la calidad para lograr los objetivos establecidos, como Institución el Centro de Salud Guachavés E.S.E. comprende el periodo de implementación y su evaluación entre marzo de 2018 y marzo de 2020.

METODOLOGÍA DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

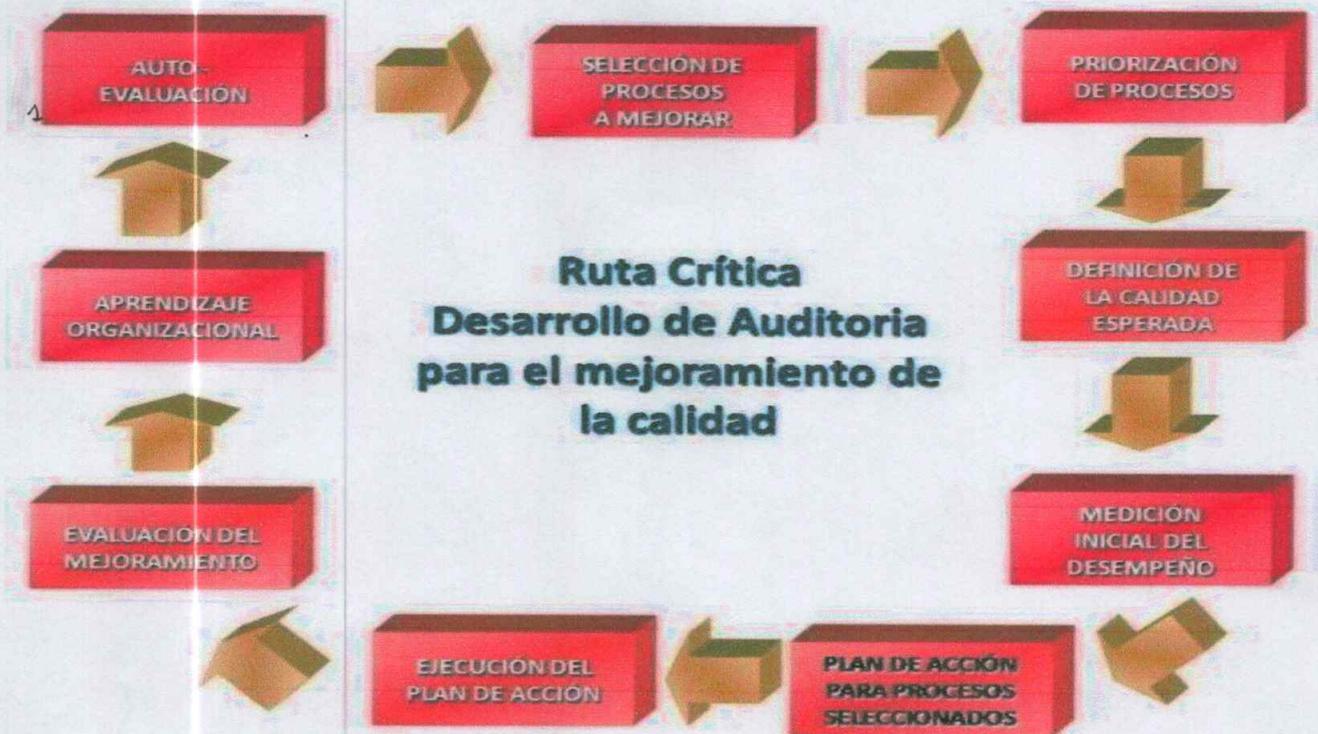
La auditoría se desarrollará conforme al marco normativo dado por el Decreto 1011 de 2006 y a las Pautas Indicativas de Auditoria expedidas por el Ministerio de la Protección Social, en donde se describen los tipos de acciones, que se aplicarán en los niveles de autocontrol y auditoría interna.

El programa se desarrolló mediante la intervención de un grupo interdisciplinario de funcionarios quienes bajo el liderazgo de la Gerencia del Centro de Salud Guachavés E.S.E., estructuraron una metodología a la medida de las necesidades de la misma, mediante la aplicación de la metodología establecida por el Ministerio de la Protección Social "Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud" a fin de apuntar al logro de sus objetivos corporativos, propendiendo por la disminución del riesgo de la atención y procurando la obtención de los mejores resultados en la ejecución de los procesos que soportan su operación y la gestión de su objeto social.

OPERACIONALIZACION CONFORME RUTA CRÍTICA

RUTA CRITICA

La ruta crítica definida para el presente plan, es la recomendada por el ministerio de la Protección Social, ya que su observancia posibilita y facilita el accionar de la ESE, en desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, y en el interés de generar valor agregado para los usuarios de los servicios y de todos en la



organización, tal como se muestra a continuación:

CRONOGRAMA DE DESARROLLO DELA RUTACRÍTICA

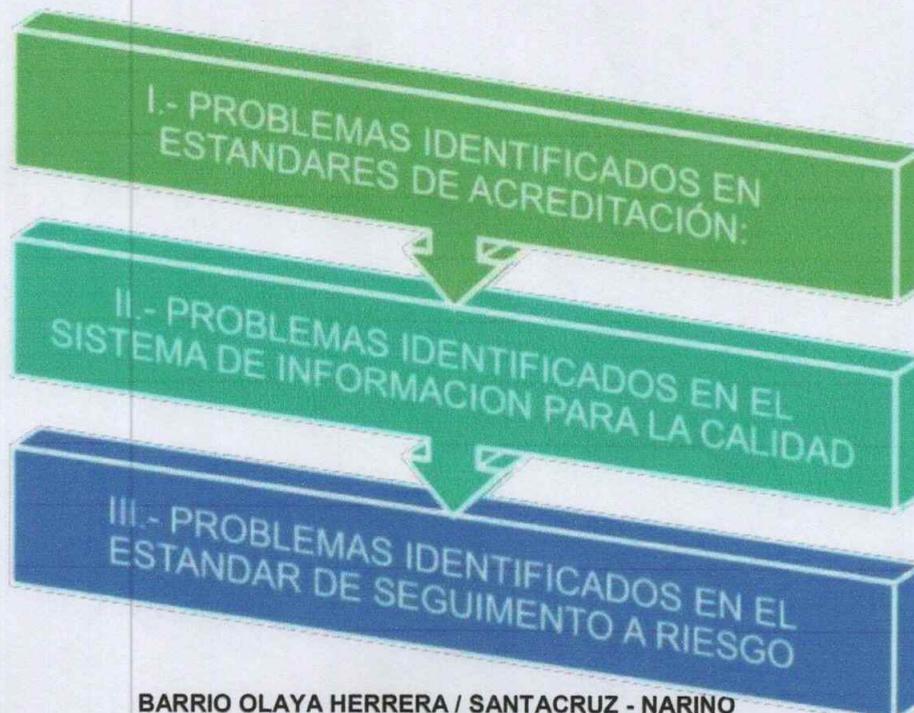
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ASISTENCIAL												
GERENCIAL												
DIRECCIONAMIENTO												
TALENTO HUMANO												
AMBIENTE FISICO												
INFORMACION												
TECNOLOGIA												
MEJORAMIENTO												
SELECCION DE PROCESOS A MEJORAR												
PRIORIZACION DE PROCESOS												
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA												
MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO												
FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO												
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL												

AUTOEVALUACION PAMEC

IDENTIFICACION DE LOS PROCESOS OBJETO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD

La identificación de los procesos objeto de la auditoria para el mejoramiento de la atención en salud, en el Centro de Salud Guachavés ESE Municipio de Santacruz, mediante el establecimiento de los problemas de calidad, parten de los siguientes pasos desarrollados por el grupo de Autoevaluación, durante el periodo **01/03/2018** a **30-04-2018**, así:

- A. Comparando los estándares de acreditación en los procesos asistenciales
- B. Analizando la información de las auditorías internas para monitorizar y verificar el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo.
- C. Analizando el desempeño real de los indicadores institucionales
- D. De acuerdo a los resultados de auditorías externas se tiene en cuenta la información de los planes de mejora.
- E. Análisis de la escucha de la voz del cliente y de sus PQRS y mediante observación directa sobre el funcionamiento de los procesos



Tareas desarrolladas por el Equipo Líder de Calidad para Pamec:

Gerente

Subgerente Financiero y Administrativo

Coordinador de Calidad

Profesional Universitario de SIAU. Líderes de grupo de estándares.

AUTOEVALUACIÓN ACREDITACIÓN:

El Centro de Salud Guachavés ESE, viene ofreciendo servicios de salud con calidad y con un enfoque basado en procesos, para garantizar la seguridad y calidad de la atención, de conformidad con lo dictado por el Decreto número 1011 del 3 abril de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en el cual se relaciona el PROGRAMADE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), y demás normas de desarrollo normativo que apuntan a lograr instrumentos que faciliten la labor de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios, como parte del marco estratégico y gerencial, integrándolo acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la Cultura de la Calidad y la identificación de la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

Para este segundo trimestre se continua con el proceso de autoevaluación con corte al mes junio basándose en la Metodología impartida por el Ministerio de Salud y protección social, iniciando con un proceso de Autoevaluación cualitativo, que conducen a establecer fortalezas con sus soportes y oportunidades de mejoramiento, y cuantitativo en cada uno de los grupos de estándares como lo establece la resolución 0123 de 2012, utilizando la hoja radar mediante la valoración de las dimensiones de enfoque, implementación y resultado en una escala de 1 a 5.

Ejecutado conforme a CRONOGRAMA DE PAMEC 2018: Periodo de Autoevaluación 01/03/2018 a 30-04-2018: Una vez organizado el Equipo de Autoevaluación de condiciones de Acreditación, se constituyó grupo de estándares para lograr la autoevaluación, lo que determinó:

- Identificación de las fallas de calidad (oportunidad, servicio y quejas más relevantes) en la atención y se estableció procesos a mejorar.
- Se detectó oportunidad de mejoras.

La calificación de los estándares de autoevaluación de acreditación según lo establecido en la Resolución 0123 de 2012, dio los siguientes resultados.

AUTOEVALUACION RESOLUCION 0123 2012			
GRUPO DE ESTADARES	NUM. ESTANDAR GRUPO	ESTANDARES EVALUADOS	CALIFICACION PROMEDIO
Asistenciales	74	48	1.5
Direccionamiento	13	12	1.0
Gerenciales	15	14	1.5
Talento Humano	16	13	1.4
Ambiente Físico	11	11	1.5
Información	14	14	1.35
Tecnología	10	8	1.0
Mejoramiento de la calidad	5	5	1.28
Totales	158	125	10.53
Total Promedio de calificación			1.31

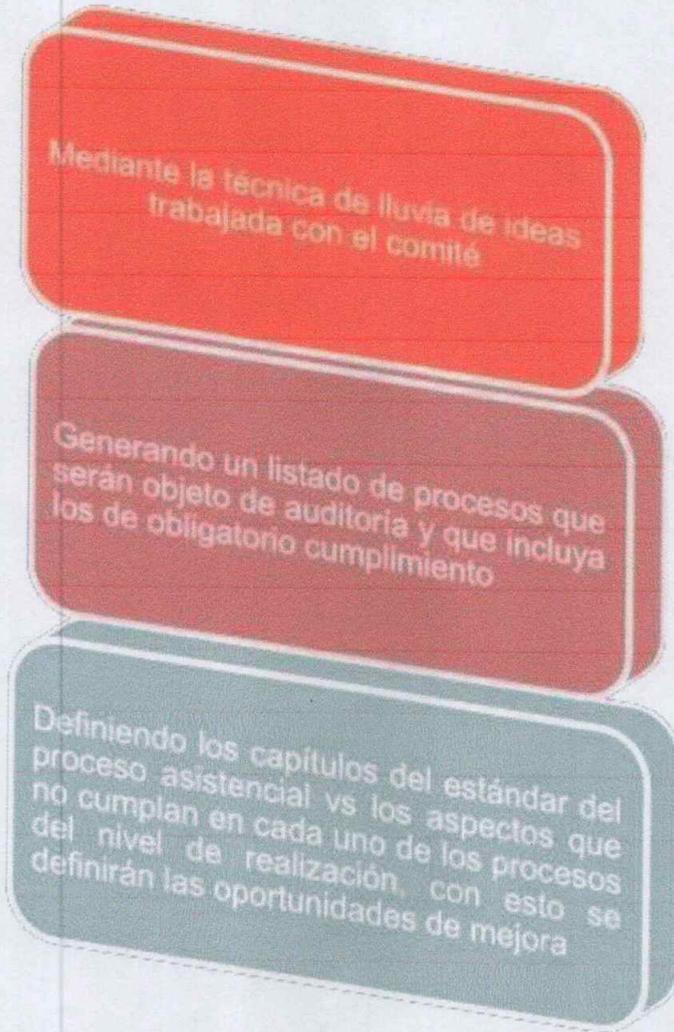
El desarrollo de la autoevaluación el cual fue realizada por el equipo PAMEC y conto con el apoyo del auditor de calidad, donde se evaluó los grupos de estándares y en cada grupo los estándares aplicables de acuerdo al nivel de complejidad y los procesos de la ESE, dando como resultado promedio de calificación de 1.31 puntos.

El desarrollo de la autoevaluación se dio dentro de las fechas establecidas en el cronograma de la ruta crítica lo que evidencia en esta etapa lo planeado versus ejecutado se cumplió en su totalidad.

DEFINICION DE PRIORIDADES

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Se realiza durante el periodo 01-05-2018-31-05-2018 dando cumplimiento al cronograma previsto.



Cumplimiento de cronograma **Selección de Procesos a Mejorar**

No	ACTIVIDAD (QUE)	OBJETIVO (POR QUE)	FECHA (CUANDO)	MATERIALES (COMO)	RESPONSABLES (QUIEN)
❖	Selección de Procesos a Mejorar	Realizar un listado de los procesos a mejorar producto de la autoevaluación	Mayo - 2018	Evidencias de soporte.	Grupo PAMEC

Una vez identificadas las oportunidades de mejora durante la auto evaluación, el equipo de la institución apoyado por el líder o el equipo PAMEC de auditoría para el mejoramiento

de la calidad de la atención en salud, deben identificar a que procesos pertenecen O ESTAN AFECTANDO esas oportunidades de mejora.

AUTOEVALUACION RESOLUCION 0123 2012				
ESTADARES	ESTANDARES EVALUADOS	SELECCIÓN ESTANDARES A MEJORAR	PROCESOS SELECCIONADOS	CALIFICACION PROMEDIO GRUPO
Asistenciales	48	17	(Misional-Evaluación)	1.5
Dirección	12	1	Gerencia	1.0
Gerenciales	14	2	Gerencia	1.5
Talento Humano	13	3	Administrativo	1.4
Ambiente Físico	11	5	Gerencia	1.5
Información	14	1	Administrativo	1.35
Tecnología	8	1	Administrativo	1.0
Mejoramiento de la calidad	5	1	Evaluación	1.28
Totales Estándares	125	31		10.53
Promedio de calificación				1.31

Por cada grupo de estándar fueron seleccionados estándares e identificando el proceso al que pertenecen de los cuales de los 125 estándares evaluados se priorizaron 39 teniendo

en cuenta la oportunidad de mejora que tienen mayor el impacto en el paciente y que afecta de con mayor trascendencia en el mapa de proceso.

Esta actividad de la ruta crítica se realizó dentro de las fechas establecidas en el cronograma.

PRIORIZACION DE PROCESOS

No	ACTIVIDAD (QUE)	OBJETIVO (POR QUE)	FECHA (CUANDO)	MATERIALES (COMO)	RESPONSABLES (QUIEN)
❖	Priorización de procesos	Determinar cuáles son aquellos procesos que necesitan de nuestra pronta intervención y que son esenciales en la prestación del servicio.	Mayo- junio 2018	Matriz de Priorización	Grupo PAMEC

Para este paso de la ruta crítica se seleccionaron proceso con oportunidad de mejora que tiene un impacto en el usuario, utilizando una herramienta de priorización

APLICANDO LA MATRIZ DE PRIORIZACION, EN DONDE SE DEFINEN LOS FACTORES CRITICOS DE ÉXITO, ASI: CALIDAD, ACCESIBILIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, OPORTUNIDAD, CONFIDENCIALIDAD E INNOVACION TEGNOLOGICA LUEGO DE ANALIZAR EL PROCESO CON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA MAS REPRESENTATIVAS. SE DETERMINA EL PROCESO CON EL CUAL SE DEBE TRABAJAR

Se realizó la priorización en todos los grupos de estándares evaluados, tomado los estándares con mayor impacto en la atención con una puntuación mayor igual a 100 puntos, discriminados así:

Matriz Para Priorización de Procesos					
ESTANDARES ASISTENCIALES					
Factores Críticos de éxito					
Oportunidades de mejora	Proceso que genera la oportunidad de mejora	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
Implementar estrategias de divulgación de deberes y derecho de los usuarios con periodicidad definida tanto en cliente interno y externo.	Prestación del servicio-Misional	5	5	5	125
Socializar código ética y buen gobierno a los funcionarios e implementar estrategias de divulgación y evaluación.	Misional-prestación del servicio	5	5	4	100
Fortalecer estrategias para la implementación y despliegue y medición del programa de seguridad del paciente	Prestación del servicio-Misional	5	5	5	125
Realizar un plan de reforzamiento de cultura de seguridad, donde se implementen acciones, de clima de seguridad Y Estandarizar un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos en los procesos de tal forma que incentive la cultura de seguridad.	Ingreso-Misional	5	5	5	125

Desarrollar estrategias que garanticen la disminución de barreras de acceso a los usuarios e implementar mecanismo de análisis de barreras y seguimiento de las mismas haciendo planes de acciones que disminuyan este evento.	Ingreso-Misional	5	5	4	100
Socializar al personal asistencial y administrativo el manual de procesos y procedimientos y desarrollar acciones de mejora que permita identificar, controlar y evaluar los diferentes puntos críticos asistenciales y administrativos desde que ingresa el paciente hasta que egresa que permita trazabilidad	Prestación del servicio	5	5	4	100
Resocializar la adecuada clasificación de triage en el servicio de urgencias	Prestación del servicio- Atención	5	5	5	125
Realizar un estudio de las probables causas de inatención de parte del personal asistencial dirigido al cliente externo	Prestación del servicio	5	5	4	100
Fortalecer el proceso de preparación del usuario y la priorización del usuario teniendo en cuenta las condiciones del usuario	prestación del servicio	5	5	4	100
Promover la implementación de un plan de Información al usuario por médico el autocuidado.	Prestación del Servicio.	5	5	4	100

Actualizar, Implementar y Evaluar el formato de Consentimiento y Disentimiento Informado , para incluir los beneficios y alternativas de tratamiento acorde al procedimiento.	Prestación del Servicio- Ingreso	5	5	4	100
Implementar mecanismos para establecer estrategia de dignificar y humanización de la atención en todos los servicios	Prestación del Servicio- Ingreso	5	5	4	100
Mejorar los procesos de laboratorio teniendo en cuenta el control de tiempos en traslado y entrega de resultados. -documentar y medir el número de muestras y rechazadas e identificar causas y estrategias que disminuyan este evento	Prestación del servicio	5	5	4	100
Diseñar e implementar un proceso que nos permita verificar el proceso de entrega de resultados y la correlación de los exámenes con la clínica del paciente.	Prestación del servicio	5	5	4	100
Diseñar un procedimiento que permita realizar la evaluación y tendencias de las acciones de mejora establecidas para las PQRS	Prestación del servicio-Ingreso	5	5	4	100
Realizar plan de auditoria al proceso de remisión que incluya la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos.	Prestación del servicio	5	5	4	100

Desarrollar un programa de capacitación e incluir en presupuesto institucional el programa de capacitaciones el rubro. Implementar plan de educación continuada.	Prestación del servicio- SOGC	5	5	4	100
realizar la medición de satisfacción de los empleados y clima organizacional	prestación del servicio-SOGC	5	5	4	100

ESTANDARES AMBIENTE FISICO					
Desarrollar estrategias para promover la cultura institucional del buen manejo de ambiente físico tanto en funcionarios como usuarios.	SGSST	5	5	4	100
Definir un sistema de administración de riesgos que permita la identificación e intervención de fallas latentes y activas en los procesos prioritarios asistenciales.	SGSST	5	5	5	125
Publicar política ambiental en un lugar visible y en la página institucional. Fomentar una cultura ecológica (Implementar programa de Reciclaje). Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).	SGSST	5	5	4	125
Acondicionar del depósito central de residuos hospitalarios y similares y dotación de implementos.	SGSST	5	5	5	125
fortalecer la política del no fumador.	SGSST	5	5	5	125

Realizar seguimiento a la admisión, estancia y egreso de pacientes en urgencias,	prestación del servicio-Atención	5	5	4	100
--	----------------------------------	---	---	---	-----

ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO					
Organizar Plan Estratégico, mediante la construcción de objetivos prioritizados, que faciliten su ejecución y sean evaluables.	SOGC	5	5	4	100
ESTANDARES DE GERENCIA					
Documentar y soportar la promoción, despliegue y evaluación durante el proceso de atención del autocuidado de la salud	SOGC- Prestación del servicio	5	5	4	100
Documentar proceso del sistema de gestión de riesgo que evidencie articulación al direccionamiento estratégico de la ESE	Prestación del servicio- SGOC	5	5	4	100
Documentar la política de humanización, divulgar el código de ética, el código de buen gobierno y soportar la aplicación de deberes y derechos	Prestación del servicio- SOGC	5	5	4	100
ESTANDARES DEL TALENTO HUMANO					
Desarrollar proceso para responder e identificar las necesidades del talento humano.	Prestación del servicio- SOGC	5	5	4	100

fortalecer procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	SGSST	5	5	5	125
ESTANDARES DE TECNOLOGIA					
Fortalecer el proceso que evalúe y garantice el buen uso de los equipos y la tecnología y el programa de tecno vigilancia	Gestión de la tecnología	5	5	4	100
ESANTADARES DE INFORMACION					
Documentar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos y garantizar que se prevengan eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.	Gestión tecnológica	5	5	4	100
ESTANDARES DE GESTION DE CALIDAD					
realizar seguimiento y evaluación de los indicadores y desarrollar oportunidades de mejora	SOGC	5	5	4	100

DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Definir la calidad esperada implica el establecimiento de estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de la calidad y a que a su vez la institución pueda obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como el esfuerzo en conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y traducir estas necesidades en especificaciones de los servicios, para monitorear a través de los indicadores de satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos.

Por lo anteriormente expuesto, definir la calidad esperada significa establecer la forma como se esperan como se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistema único de acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos; lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO

Se Realiza seguimiento a los indicadores de calidad según decreto 2193 para la medición de I semestre de 2018, entre los cuales se mide indicadores de seguridad, experiencia en la atención.

información para indicadores de seguridad

P.2.6. Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo.	0
P.2.6 Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	0
P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	3
P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.	354
P.2.14 Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el período.	0
P.2.14 Número total de egresos vivos en el periodo.	4
P.2.15 Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	0

P.2.15 Número total de cirugías programadas.	0
información para indicadores de experiencia de la atención	
P.3.1 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	1
P.3.1 Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas.	2341
P.3.2 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	1
P.3.2 Número total de citas de Odontología General de primera vez asignadas.	2760
P.3.3 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	0
P.3.3 Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas.	0
P.3.4 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	0
P.3.4 Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas.	0
P.3.5 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	0
P.3.5 Número total de citas de Ginecología de primera vez asignadas.	0
P.3.6 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	0
P.3.6 Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas.	0
P.3.7 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.	0
No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	504
No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	76
P.3.7 Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas.	0
No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	8

P.3.10 Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico.	30
P.3.10 Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado.	5
P.3.14 Número de usuarios que respondieron? ¿muy buena? o? ¿buena? a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?	220
P.3.14 Número de usuarios que respondieron la pregunta.	250
información para otros indicadores	
No. de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario	504
No. de pacientes remitidos desde el servicio de urgencias a niveles superiores	76
No. de pacientes remitidos para la atención del parto a niveles superiores	8

Se desarrolló un programa de auditoria interna enfocado en mejoramiento continuo teniendo en cuenta los procesos de mayor impacto en la prestación de los servicios.

CRONOGRAMA DE AUDITORIA INTERNA						
OBJETIVO		Garantizar la mejora continua con el ánimo de mantener y /o mejorar la calidad de los servicios de atención en Salud prestados por el Centro de Salud Guachaves ESE, logrando la satisfacción de nuestros usuarios y clientes.				
Fecha de Elaboración: 01/04/2018						
QUE HACER?	COMO HACERLO?	RESPONSABLE	DONDE DEBE HACERLO	PORQUE	Fecha Inicial	Fecha Final
Seguimiento 1: Implementación de Procesos	Evaluar la ejecución inicial de los procesos, solicitando actas de comité, reporte de EA, formatos de verificación de uso obligatorio por área	Auditor de Calidad	ESE	Se requiere hacer acompañamiento a la ejecución de procesos en la fase inicial para lograr su real implementación	1/04/2018	30/11/2018
Seguimiento 2: Evaluación de comités e indicadores	Evaluar la implementación y correcta ejecución de los comités de la ESE, el análisis y seguimiento que se hace de los indicadores	Auditor de Calidad	ESE	Fortalecer la gestión al interior de la ESE orientándola al mejoramiento	1/04/2018	30/11/2018
Seguimiento 3: Evaluación del servicio farmacéutico y sus procesos	Evaluar la interacción en todos sus procesos del servicios farmacéutico con los otros servicios de la ESE	Auditor de Calidad	ESE	Fortalecer la gestión al interior de la ESE orientándola al mejoramiento	1/04/2018	30/11/2018

Seguimiento 4: Evaluación y seguimiento al proceso de esterilización	Auditor de Calidad		ESE	Fortalecer el proceso de esterilización y el manual de buenas	1/04/2018	30/11/2018
Seguimiento 5: Realización de rondas de seguridad del paciente para búsqueda activa de EA en los servicios y fortalecer la cultura de seguridad	Buscar activamente eventos adversos, fomentar y fortalecer la cultura del reporte	Auditor de Calidad	ESE	Fortalecer el programa de Seguridad del paciente y la cultura del reporte.	1/04/2018	30/11/2018
Seguimiento 6: Medición de adherencia al protocolo de lavado de manos.	Evaluar medición de adherencia del protocolo de lavado de manos	Auditor de Calidad	ESE	Afianzar la adherencia al protocolo de lavados de manos como herramienta para la prevención y disminución de enfermedades asociadas a la atención	1/04/2018	30/11/2018

FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Identificando y analizando los problemas y causas que los generan, mediante la utilización de la herramienta de los tres porqués para identificar la causa raíz, construyendo indicadores de gestión para evaluar posteriormente los resultados de su aplicación, realizando los planes de mejoramiento continuo de la calidad (PMCC) y las actividades en el plan. **Periodo 01/06/2018 a 20/12/2018**

Grupo Estandar	Oportunidad de mejora	Proceso que genera la oportunidad de mejora	QUE HACER?	COMO HACERLO?	QUIEN DEBE HACERLO?	DONDE DEBE HACERLO ?	PORQUE	Fecha Inicial	Fecha Final
Gerencia	Documentar y soportar la promoción, despliegue y evaluación durante el proceso de atención del autocuidado de la salud del paciente.	Gestión Gerencial	Elaborar documento del programa de autocuidado del paciente.	1. Elaboración y socialización del documento del programa de autocuidado del paciente con el cliente asistencial y con los usuarios y sus familias. 2. Realizar encuesta a los usuarios sobre el conocimiento del autocuidado. 3. Desarrollar acciones correctivas según resultado de encuesta	Gerencia y Equipo de Calidad	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar el proceso de prestación de servicios de salud	01/07/2018	30/11/2018
Gerencia	Documentar proceso del sistema de gestión de riesgo que evidencie articulación al direccionamiento o estratégico de la ESE	Gestión Gerencial	Elaborar documento del sistema de gestión de riesgo	4. Definir el panorama de riesgo. 5. Elaboración y socialización del documento del programa sistema de gestión de riesgo con el cliente interno. 6. Realizar encuesta para medir el conocimiento del documento del sistema de gestión de riesgo. 7. Tabular los resultados según encuesta y acciones correctivas.	Gerencia y Equipo de Calidad	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar la gestión de calidad	01/07/2018	31/10/2018
Gerencia	Documentar política de humanización de los servicios de salud.	Gestión Gerencial	Elaborar documento de política de adopción humanización de servicios de salud	8. Elaboración de resolución de adopción de política de humanización en salud. 9. Socializar la resolución de adopción de política de humanización. 10. Realizar capacitaciones sobre la humanización de los servicios de salud e incluir videos para sensibilización en la política de humanización.	Equipo de Calidad de la ESE	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar la humanización en la prestación de los servicios.	01/07/2018	30/11/2018

Direccionamiento	Organizar Plan Estratégico, mediante la construcción de objetivos priorizados, que faciliten su ejecución y sean evaluables	Gestión Direccional	Adecuar la plataforma estratégica con misión, visión y política con nuevo logo	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revisar la Plataforma Estratégica de la Entidad con su acto administrativo y su adopción. 2.Realizar nuevo poster con misión. Visión, políticas, principios que sea mas didáctico y publicarlo en las instalaciones de la ESE. 3.Socializar la Plataforma Estratégica mediante capacitación con el cliente interno 4.Desarrollar postest para medir eficacia y afianzamiento del conocimiento de la plataforma estratégica institucional. 	Equipo de Calidad de la ESE- Gerente- Planeación	Unidades funcionales de la ESE	Fortalecer el empoderamiento Institucional	01/07/2018	30/11/2018
Talento Humano	Realizar la medición de satisfacción de los empleados y clima organizacional.	Realizar la medición de satisfacción de los empleados y clima organizacional.	Elaborar documento encuesta que mida la satisfacción de los empleados y el clima organizacional.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Realizar formato de encuesta que mida la satisfacción de los empleados y clima organizacional, y se estipule cada cuanto se realizar 2.Aplicar encuesta a empleados para medir la satisfacción y clima organizacional. 3.Tabular resultados encuesta. 4.Desarrollar acciones según resultado de encuesta 	Equipo de Talento Humano y Planeación	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar la satisfacción de los empleados y el clima organizacional	01-ago-18	
Ambiente físico	Desarrollar estrategias para promover la cultura institucional del buen manejo de ambiente físico tanto en funcionarios como usuarios.	Gestión del Ambiente Físico.	Socializar manual de limpieza y desinfecciones y medición eficacia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar capacitación al personal asistencial y servicios generales sobre manual de limpieza y desinfección. 2.Realizar medición con postest de la eficacia de los conocimientos de la capacitación de manual de limpieza y desinfección. 3.elaborar poster de publicaciones del manual de limpieza y desinfección adoptado por la ESE y rotular los elementos utilizados para el proceso de desinfección. 4.Elaborar formato o bitácora para diligenciar el proceso de desinfección realizada en las áreas de la ESE. 5. Realizar inspecciones de seguridad el ambiente físico. 6.Realizar plan de acción de los hallazgos detectados en las inspecciones del 	Coordinador PGIRS	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar la limpieza y desinfección y el buen manejo del ambiente físico.	01-jun-18	30/09/2018

				ambiente físico 7.Hacer rondas de inspección y seguimiento sobre el proceso de limpieza y desinfección realizada por el personal de servicios generales.					
Ambiente físico	Publicar política ambiental en un lugar visible y en la pagina institucional. Fomentar una cultura ecológica (Implementar programa de Reciclaje). Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).	Gestión del Ambiente Físico	Socializar política ambiental y elaborar documento del programa de reciclaje	8.Socializar política ambiental con el cliente interno y externo. 9. Documentar programa de reciclaje y uso racional de servicios públicos. 10.Socializar documento de programa de reciclaje y uso racional de los servicios públicos con el cliente interno y externo. 11.Implementar estrategias de despliegue de programa de reciclaje como señalizaciones, folletos con cliente interno y externo.	coordinadora de SST-coordinadora Aseo	Unidades funcionales de la ESE	Fortalecer Política ambiental y cultura del reciclaje.	01-ago-18	30-nov-18
Ambiente físico	Acondicionar del depósito central de residuos hospitalarios y similares y dotación de implementos	Gestión del Ambiente Físico	Intervenir el area de depósitos central de desechos y mejorar dotación de de vehículos, canecas, señalizaciones y fortalecer la educación a los usuarios.	12. Intervenir el area central de desechos y adecuar según lo exige la norma. 13. Suministrar canecas verdes y rojas con pedal y tapas en las áreas de consulta externa, urgencias y, canecas grises con pedal y tapas para las áreas administrativas. 14. Acondicionar y publicar el plano con las rutas de desechos. 15.implementar charlas de 5 minutos para la educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro	Gerente - coordinadora de SST - Coordinadora de aseo	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar el cumplimiento de PGIRHS	01/07/2018	
Ambiente físico	Fortalecer procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	Gestión del Ambiente Físico	Aumentar la cobertura en la socialización del PHE y ubicación del plano de rutas de evacuación y realizar simulacro	16.Mediante capacitación realizar socialización del PHE, para aumentar la cobertura. 17.Conformar las brigadas de emergencias y crear el acta de brigadistas. 18.Solicitar a gerencia el Diseño y publicar el plano de la institución con las rutas de evacuación. 19.Realizar simulacro de evacuación mínimo una vez al año en la institución desarrollando la planificación del mismo y solicitar apoyo a la ARL. 20.Desarrollar plan de acción según resultados de	coordinadora de SST-Gerente	coordinadora de SST-Gerente	fortalecer PHE	01/07/2018	31/08/2018

				simulacro					
Ambiente físico	Fortalecer la política del no fumador	Gestión del Ambiente Físico	Aumentar la política del no fumador	21. Realizar socialización con pacientes, familiares, y cliente interno sobre la política del no fumador, mediante pequeñas charlas. Publicar avisos con señalizaciones preventivas sobre espacios libres de humo en diferentes áreas de la institución	Coordinadora de aseo - coordinadora de SST <i>M. M. M.</i>	Unidades funcionales de la ESE	fortalecer la cultura de no fumador	01/08/2018	30/11/2018
Tecnología	FORTALECER EL PROCESO QUE EVALUE Y GARANTICE EL BUEN USO DE LOS EQUIPOS Y LA TECNOLOGÍA Y EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA	Gestión de Tecnología	Fortalecer la implementación del programa de Tecnología y el buen uso de la tecnología.	1. SOCIALIZAR EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA. 2. EVUALAR el cumplimiento SOBRE EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA. 3. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE DIFUSION PARA SOBRE LA SEGURIDAD DEL USO DE LA Tecnología. 4. FORTALECER LA GESTION Y ANALISI DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIALDOS AL USO DE TECNOLOGIA	Biomédico, Regente	Unidades funcionales de la ESE	Fortalecer el buen uso de la tecnología y el programa de tecnología	01/08/2018	31/10/2018
Información	Documentar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos y garantizar que se prevengan eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.	Gestión de información	Elaborar documento con el listado de acrónimos o siglas definidas en los procesos de atención medica.	1. Desarrollar documento de todos las listas de acrónimos o siglas definidas en la institución en la atención médica y medicamentos. 2. Socializar el documento de sistema informáticos y acrónimos o siglas en el proceso de atención y medicamentos con el cliente interno mediante capacitación. 3. Evaluar el conocimiento del documento la lista de acrónimos o siglas definidas en el proceso de atención. 4. Implementar estrategias que prevengan la ocurrencia de eventos adversos al uso de acrónimos. 5. Realizar seguimiento a eventos presentados por registros clínicos	ingeniero de sistemas <i>Pendiente.</i>	Unidades funcionales de la ESE	Fortalecer el sistema de información y conocimiento en los acrónimos de sistemas informáticos.	01/09/2018	15/11/2018
Calidad	Realizar seguimiento y evaluación de los indicadores y desarrollar oportunidades de mejora	Gestión de calidad	Elaborar tablero de indicadores para hacer seguimiento y monitorización, realizar análisis de	1. Realizar tablero de indicadores con sus fichas, formulas y meta correspondiente. 2. Realizar socialización de los resultados de los indicadores en los comités. 3. Hacer reuniones de comité para análisis de	Auditor de calidad	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar el seguimiento de los indicadores, cumplimiento de	01/07/2018	30/08/2018

			los mismos y acciones en caso que se ayuden a mantener resultado o e caso que no se este en la meta establecida	resultados de los indicadores. 4. Desarrollar acciones para mantener el resultado del mismo o en casos de acciones correctiva cuando los resultados este fuera de la meta. 5. implementar estrategia de despliegue de las acciones desarrolladas en los comités posterior a los análisis de los resultados.			las metas y fortalece r la operatividad de los comités.		
Asistencial	IMPLEMENTAR ASISTENCIA ESTRATEGIAS DE DIVULGACION DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS CON PERIODICIDAD DEFINIDA Y MEDICION DEL CONOCIMIENTO DE LOS MISMOS. TANTO EN CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.	Gestión Misional	Despliegue de la carta de deberes y derechos en el cliente interno y externo.	1.Socialización de la carta de Deberes y Derechos de los usuarios, a los funcionarios de la ESE, pacientes y familia, por medio de entrega de folletos charla educativas y programación de capacitación al cliente interno. 2,Elaborar postest para medición del conocimiento de la carta de deberes y derechos el cliente interno. 3.Elaborar encuesta para medición del conocimiento de la carta de deberes y derechos del cliente externo. 4.Solicitar la Elaboración de Nuevo poster de deberes y derechos de los usuarios con el nuevo logo de la institución, mas didáctico e ilustrativo y que se coloquen en puntos estratégicos de influencia de usuarios y cliente interno.	coordinadora de SIAU	Unidades funcionales de la ESE	Fortalece r el despliegue e y conocimiento de la carta de deberes y derechos con le cliente interno y externo.	01/07/2018	30/11/2018
Asistencial	FORTALECER ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMETACION Y DESPLIEGUE Y MEDICION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Gestión Misional	Implementar y fortalecer el Despliegue el programa de seguridad del paciente y 5 BPSP y los paquetes instruccional es.	5..socializacion y despliegue en un 100% la política de seguridad del paciente y taxonomía del programa. 6.Implementar 5 buenas prácticas institucionales y dotación de los elementos realizando plan de acción para la implementación de las 5 BPSP. 7.Mejorar con estrategias la sensibilización capacitación, rondas la cultura del reporte. 8.Desarrollar estrategias para la identificación de riesgos asistenciales para mitigar la ocurrencia e	Auditor de calidad	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar el despliegue de la seguridad del paciente, sensibilización para fortalecer cultura del reporte.	01/07/2018	30/11/2018

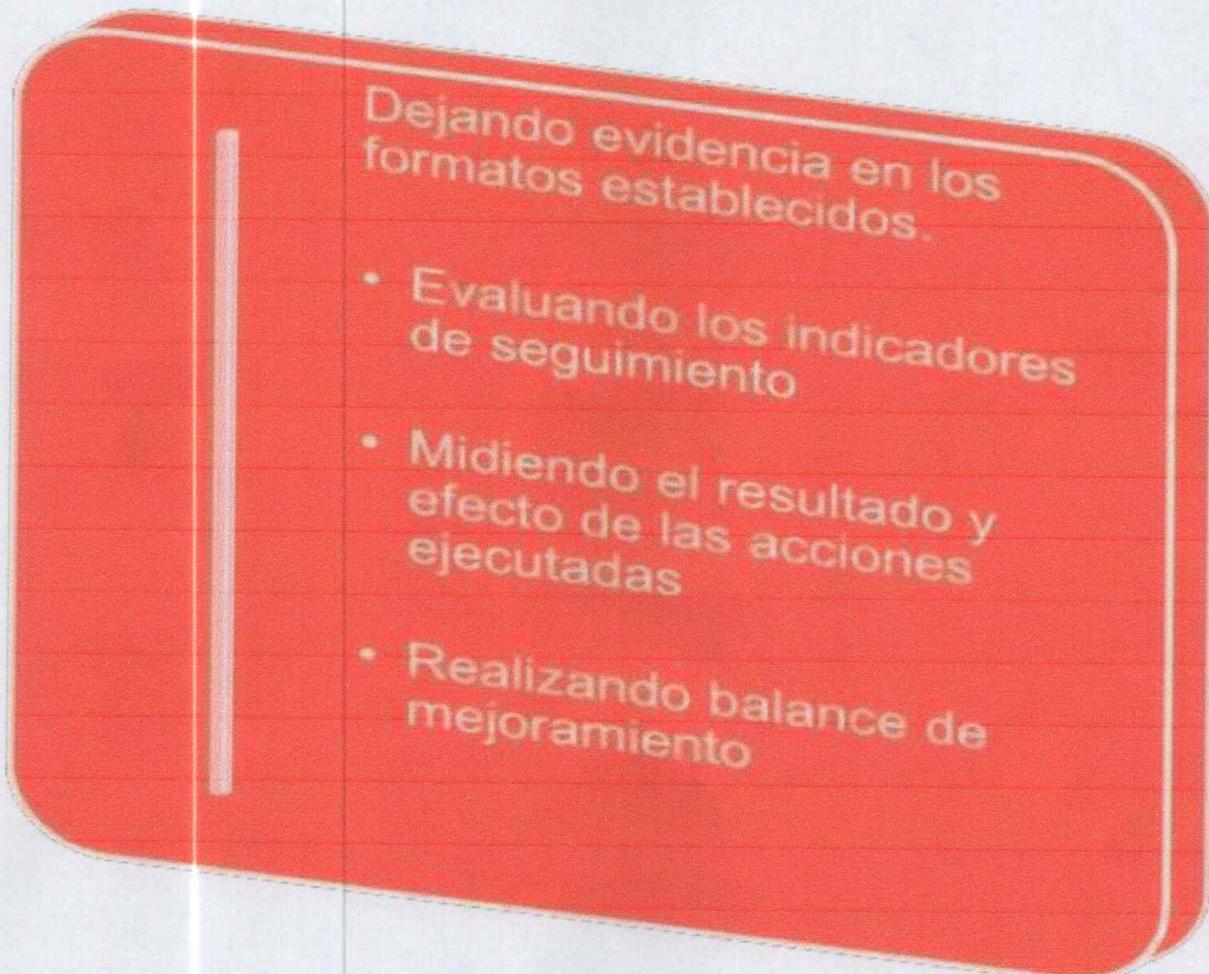
				impacto de eventos adversos. 9. Medición de los indicadores de seguridad del paciente.					
Asistencial	Realizar un plan de reforzamiento de cultura de seguridad, donde se implementen acciones, de clima de seguridad y estandarizar un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos en los procesos de tal forma que incentive la cultura de seguridad.	Gestión Misional	Elaborar cronograma de capacitación de paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente, política y taxonomía.	10. Desarrollar Planes de capacitación en los diferentes servicios sobre seguridad del paciente que incluye diferentes temas tales como política de seguridad del paciente, identificación del paciente, prevención de caídas, úlceras por presión, disminución de riesgos en infecciones asociadas a la salud, entre otros; para su mayor adherencia se utilizan herramientas (charlas, dramatizados y otras actividades lúdicas, publicación). 11. Realizar medición de adherencia de capacitaciones mediante pos-test. 12. Estandarizar un formato para el reporte de eventos adversos y formato de análisis de eventos adversos con protocolo de Londres.	Auditor de calidad	Unidades funcionales de la ESE	fortalecer la cultura de seguridad del paciente y estandarizar el sistema de reporte y análisis de eventos adversos.		30/12/2018
Asistencial	adecuar y socializar al personal asistencial y administrativo el manual de procesos y procedimientos. y desarrollar acciones de mejora que permita identificar, controlar y evaluar los diferentes puntos críticos asistenciales y administrativos desde que ingresa el paciente hasta que egresa que permita trazabilidad	Gestión Misional	socializar el manual de procesos y procedimientos.	13. socializar el manual de proceso y procedimientos por medio una capacitación. 14. Elaborar postest para medir la eficacia la conocimiento del manual de proceso y procedimientos. 15. Desarrollar acciones para identificar, controlar y evaluar el proceso de atención del paciente desde su ingreso y egreso.	Subgerencia	Unidades funcionales de la ESE	fortalecer el desligue y conocimiento de manual de procesos y procedimientos.	01/08/2018	31/12/2018

Asistencial	Re socializar la adecuada clasificación de TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Gestión Misional	Realizar seguimiento la cumplimiento de agenda y adecuada clasificación del triage.	16.Ajustar el procedimiento de Triage teniendo en cuenta la resolución 5596 de 2015. 17.Realizar Socialización y aplicación del procedimiento de Triage atención de TRIAGE. 18.Elaborar modelo de poster para clasificación de triage según resolución 5596 de del poster. 19.Hacer Publicación de clasificación de las emergencia (TRIAGE).	Gerente coordinador de SIAU- jefe de urgencias- calidad	Unidades funcionales de la ESE	Mejorar el proceso e clasificación de TRIAGE.	01/07/2018	30/11/2018
Asistencial	Implementar mecanismos para establecer estrategia de dignificar y humanización de la atención en todos los servicios y trabajo en equipo.,	Gestión Misional	Implementar política de humanización de los servicios de salud.	20.Realizar Capacitaciones de sobre humanización, trabajo en equipo en salud con videos, charlas. 21.Desarrollar Estrategias de apoyo espiritual con el con grupos religiosos (atención con amor al paciente, trato digno al paciente).	auditor de calidad jefe de Urgencias	Unidades funcionales de la ESE	fortalecer la humanización en la prestación de los servicios de salud	01/08/2018	30/11/2018
Asistencial	Mejorar procesos de laboratorio teniendo en cuenta el control de tiempos en traslado y entrega de resultados. - documentar y medir el numero de muestras o imágenes aceptadas y rechazadas y su posible causa	Gestión Misional	realizar seguimiento a la oportunidad de entrega de resultados y ordenes que no cumplan con los requisitos o imágenes no aceptadas.	22.Elaborar documento que contenga los requisitos de una orden medica y socializar con el personal asistencial.* 23.Elaborar e implementar formato para lista ordenes medica que no cumplen con los requisitos e imágenes no aceptas y sus causas, 62. Socializar con el equipo asistencial el listado de ordenes e imágenes no aceptadas y sus causas. 24.Desarrollar acciones que disminuyan el numero de ordenes rechazadas o imágenes. 25.Realizar seguimiento y medición a la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio.	auditor de calidad personal del laboratorio. <i>Pendiente</i>	Unidades funcionales de la ESE	mejorar la oportunidad de entrega de resultados y disminuir las ordenes medicas e imágenes rechazadas.	01/08/2018	30/11/2018

Se produce registrando hallazgos en los planes de mejoramiento continuo de la calidad, y en los formatos de acciones correctivas o de seguimiento- acciones preventivas. Definiendo la Ficha Técnica de los indicadores establecidos, donde se describe: fórmula, meta, frecuencia de medición, entre otros. También, midiendo los indicadores de gestión y el cumplimiento de las metas. Desarrollo de las actividades periodo 01/05/2018 a 20/12/2018.

SEGUIMIENTO DEL PLAN MEJORAMIENTO

Se hace cohorte trimestral de las actividades ejecutadas para cada uno de los grupos de estándares.



Dentro de las acciones realizadas para la variación positiva que se obtuvo en resultado final de la autoevaluación en el II TRIMESTRE de 2018 tenemos.

SEGUIMIENTO I

**ESTANDARES
ASITENCALES**

ACCIONES EJECUTADAS II TRIMESTRE DE 2018

<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias de divulgación de deberes y derechos de los usuarios con periodicidad definida y medición del conocimiento de los mismos. Tanto en cliente interno y externo. • Socializar código ética y buen gobierno a los funcionarios e implementar estrategias de divulgación y evaluación • Implementen acciones, de clima de seguridad Y Estandarizar un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos en los procesos de tal forma que incentive la cultura de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socialización de la carta de Deberes y Derechos de los usuarios, a los funcionarios de la ESE, pacientes y familia por medio de entrega de folletos charla educativas y programación de capacitación al cliente interno.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar post test para medición del conocimiento de la carta de deberes y derechos en el cliente interno.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer la operatividad del código ética y buen gobierno y evaluar su cumplimiento mediante reuniones mensual del comité.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estandarizar un formato para el reporte de eventos adversos y formato de análisis de eventos adversos con protocolo de Londres
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medición de los indicadores de seguridad del paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar Planes de capacitación en los diferentes servicios sobre seguridad del paciente que incluye diferentes temas tales como identificación del paciente, prevención de caídas,ulceras por presión,disminución de riesgos en infecciones asociadas a la salud, entre otros; para su mayor adherencia se utilizan herramientas (charlas, capsulas de seguridad, mensajes correo institucional, dramatizados y otras actividades lúdicas)
<p>.Resocializar la adecuada clasificación de triage en el servicio de urgencias.</p> <p>Fortalecer el proceso de preparación del usuario y la priorización del usuario teniendo en cuenta las condiciones del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el formato de Consentimiento y 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medición de la adherencia de capacitaciones post-test.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar y Ajustar el formato de consentimiento informado desde el punto de vista jurídico, asistencial y de entendimiento por el usuario en procedimientos.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar periódicamente al equipo de salud el formato de consentimiento informado en charlas que incluyan la importancia de su diligenciamiento adecuado, el entendimiento por parte del usuario y la suscripción del mismo

<p>Disentimiento, para incluir los beneficios y alternativas de tratamiento acorde al procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Diseñar un procedimiento que permita realizar la evaluación y tendencias de las acciones de mejora establecidas para las PQRS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar formato PQRS y socializar con el usuario sobre el proceso PQRS ✓
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ajustes a la encuesta. que mide satisfacción del usuario, ajustar encuesta. ✓
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer un día la semana para abrir el buzón de sugerencias, escogiendo para su lectura los jueves de manera bimensual.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tabular, y analizar los resultados de las PQRS.

ESTANARES DEL AMBIENTE FISICO	ACCIONES EJECUTADAS II TRIMESRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar estrategias para promover la cultura institucional del buen manejo de ambiente físico tanto en funcionarios como usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar protocolos de limpieza y desinfección y realizar post test en cada socialización.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publicar poster manual de desinfección en los Servicios y rotularlos elementos utilizados en el proceso de desinfección
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar inspecciones de seguridad del ambiente físico.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar plan de acción según hallazgos de inspecciones de seguridad del ambiente físico.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar rondas de inspección sobre la limpieza y desinfección del personal de servicios generales.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publicar política en un lugar visible
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar política ambiental con el cliente interno y externo
<ul style="list-style-type: none"> Acondicionar del depósito central de residuos hospitalarios y similares y dotación de implementos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenir el área central de desechos y adecuar según lo exige la norma
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suministrar vehículos de recolección de acuerdo al código de colores y en cantidad suficiente

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ suministrar canecas verdes y rojas pequeñas con pedal y tapas en las áreas de consulta externa, urgencias, canecas grises con pedal y tapas para las áreas administrativas.
--	---

ESTANADES DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.	ACCIONES EJECUTADAS II TRIMESTRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento y evaluación de los indicadores y desarrollar oportunidades de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar tablero de indicadores con sus fichas, formulas y metas correspondiente.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar socialización de los resultados de los indicadores en los comités.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hacer reuniones de comité para análisis de resultados de los indicadores.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar acciones para mantener el resultado del mismo o en casos de acciones correctiva cuando los resultados este fuera de la meta.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar estrategia de despliegue de acciones desarrolladas en los comités posterior los análisis de resultados.

Dentro de las acciones realizadas para la variación positiva que se obtuvo en resultado final de la autoevaluación en el III TRIMESTRE de 2018 tenemos.

SEGUIMIENTO II

ESTANADARES ASITENCALES	ACCIONES EJECUTADAS III TRIMESTRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Socializar código ética y buen gobierno a los funcionarios e implementar estrategias de divulgación y evaluación 	Fortalecer la operatividad del código ética y buen gobierno y evaluar su cumplimiento mediante reuniones mensual del comité.

<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias que garanticen las disminuciones de barreras de acceso a los usuarios e implementar mecanismo de análisis de barreras y seguimiento de las mismas haciendo de acciones que disminuyan este evento. • Realizar estrategias que mejoren la oportunidad de asignación de citas médicas para la asignación de citas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ . realizar plan de acción para la implementación de la reorganización del proceso e agendamiento de citas y los responsables ✓ Realizar reinducción al personal designado para agendar citas.
<p>Resocializar la adecuada clasificación de TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuste del procedimiento de Triage teniendo en cuenta la resolución 5596 de 2015 ✓ realizar Socialización y aplicación del procedimiento de Triage atención de TRIAGE.
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar un proceso que nos permita verificar el proceso de entrega de resultados y la correlación de los exámenes con la clínica del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ realizar seguimiento y medición ✓ desarrollar acciones para disminuir resultados no entregados.

ESTANARES DE DIRECCIONAMIENTO	ACCIONES EJECUTADAS III TRIMESTRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar Plan Estratégico, mediante la construcción de objetivos priorizados, que faciliten su ejecución y sean evaluables 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ .Revisar la Plataforma Estratégica de la Entidad con su acto administrativo y su adopción.

ESTANADES DE GERENCIA	ACCIONES EJECUTADAS III TRIMESRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Documentar y soportar la promoción, despliegue y evaluación durante el proceso de atención del autocuidado de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración y socialización del documento del programa de autocuidado del paciente con el cliente asistencial y con los usuarios y sus familias.

ESTANADES DEL TALENTO HUMANO	ACCIONES EJECUTADAS III TRIMESRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar proceso para responder e identificar las necesidades del talento humano. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar encuestas para medir las necesidades y expectativas del personal para necesidades de capacitación. ✓ Desarrollar el programa de bienestar social que genere estímulos e incentivos en incluya el programa de capacitación. ✓ Desarrollar programa de capacitación anual institucional según las necesidades
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un programa de capacitación e incluir en presupuesto institucional el programa de capacitaciones el rubro. Implementar plan de educación continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar encuesta para definir las necesidades de la temática para cronograma de capacitación. ✓ Realizar programa de capacitación institucional según las necesidades y resultados de encuestas de necesidad de capacitación.

ESTANARES DEL AMBIENTE FISICO	ACCIONES EJECUTADAS III TRIMESRE DE 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias para promover la cultura institucional del buen manejo de ambiente físico tanto en funcionarios como usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Publicar poster manual de desinfección en los servicios y rotular los elementos utilizados en el proceso de desinfección. ✓ Realizar inspecciones de seguridad del ambiente físico.

<ul style="list-style-type: none"> • publicar política ambiental en un lugar visible y en la página institucional. Fomentar una cultura ecológica (Implementar programa de Reciclaje). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documentar programa de reciclaje y uso racional de agua y energía
<ul style="list-style-type: none"> • Acondicionar del depósito central de residuos hospitalarios y similares y dotación de implementos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar charlas de 5 minutos para la educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos.
<ul style="list-style-type: none"> • fortalecer procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar la cobertura en la socialización del PHE, mediante charlas al cliente interno. ✓ Crear el acta de brigadistas. ✓ Realizar simulacro de evacuación mínimo una vez al año en la institución. ✓ Realizar plan de acción según resultados del simulacro.
<ul style="list-style-type: none"> • fortalecer la política del no fumador. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar la socialización con pacientes y familiares sobre la política del no fumador, mediante pequeñas charlas de minutos. ✓ Publicar avisos con señalizaciones preventivas sobre espacios libres de humo en diferentes áreas de la institución.

SEGUIMIENTO III

- ✓ socialización de código ética y buen gobierno a Funcionarios de la ESE, Mediante capacitación.
- ✓ Medición del conocimiento del código de Ética y Buen Gobierno a los funcionarios, mediante una encuesta y /o post-test de conocimiento.
- ✓ socialización y despliegue en un 100% la política de seguridad del paciente y taxonomía del programa.
- ✓ Desarrollar estrategias para la identificación de riesgos asistenciales para mitigar la ocurrencia e impacto de eventos adversos.
- ✓ Realizar con post-test la Medición de la adherencia de capacitaciones relacionadas al programa de seguridad del paciente.
- ✓ Estandarizar formatos para el reporte de eventos adversos y formato de análisis de eventos adversos de acuerdo al protocolo de Londres.
- ✓ Socializar el mecanismo para reconocimiento de exámenes críticos con el personal médico.
- ✓ identificada las 10 primeras causas de morbilidad y programa con temas claves sobre el autocuidado.

- ✓ capacitar al cliente interno sobre el autocuidado del paciente.
- ✓ Desarrollar e charlas cortas para el paciente y su familia sobre el autocuidado.
- ✓ Elaborar Folleto sobre el programa de autocuidado.
- ✓ Revisar y Ajustar el formato de consentimiento informado desde el punto de vista jurídico, asistencial y de entendimiento por el usuario en procedimientos quirúrgicos.
- ✓ Socializar periódicamente al equipo de salud el formato de consentimiento informado en charlas que incluyan la importancia de su diligenciamiento adecuado, el entendimiento por parte del usuario y la suscripción del mismo.
- ✓ Realizar seguimiento a través de auditorías y Diseñar una lista de chequeo para evaluar el diligenciamiento al consentimiento.
- ✓ Realizar Capacitaciones de sobre humanización, trabajo en equipo en salud con videos, charlas.
- ✓ Realizar con post-test la Medición de la adherencia de capacitaciones relacionadas al programa de seguridad del paciente.
- ✓ Elaborar e implementar formato para lista ordenes medica que no cumplen con los requisitos e imágenes no aceptas y sus causas.
- ✓ Realizar seguimiento y medición a la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio.
- ✓ Realizar seguimiento y medición a la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio.
- ✓ Documentar el proceso de entrega de resultados de laboratorio que incluya formato de verificación y verificar el proceso de entrega de resultados de laboratorio clínico.
- ✓ Realizar seguimiento a resultados laboratorio ambulatorio no retirados por el usuario mensualmente, buscar sus causas y tomar correctivos.
- ✓ definir un indicador que defina PQRS gestionadas.
- ✓ realizar auditoria que analice la pertinencia clínica de las remisiones. y correctivos.
- ✓ Implementar la ruta de ingreso y egreso de pacientes en el servicio de urgencias y hospitalización acorde con el manual de procesos y procedimientos y Socializar mediante capacitación con el personal urgencias y observacion, facturadores y personal de referencia y contrarreferencia documento de ruta de ingreso y egreso de pacientes y realizar pos test para medir la eficacia.
- ✓ Implementar formato de recibido del usuario que demuestre la prestación efectiva del servicio por parte de la ESE, con su firma o de quien lo represente.

ESTANDARES DIRECCIONAMIENTO-ACCIONES EJECITADAS IV TRIMESTRE

- ✓ Socializar la Plataforma Estratégica mediante capacitación con el cliente interno.
- ✓ Desarrollar pos-test para medir eficacia y financiamiento del conocimiento de la plataforma estratégica institucional.

ESTANDARES DE GERENCIA - ACCIONES EJECUTADAS IV TRIMESTRE

- ✓ Realizar encuesta a los usuarios sobre el conocimiento del autocuidado y desarrollar acciones según resultados
- ✓ Realizar resolución de adopción de política de humanización en salud Programa de humanización de servicios de salud.
- ✓ realizar capacitaciones sobre la humanización de los servicios de salud e incluir videos para sensibilización en la política de humanización
- ✓ Implementar estrategias de divulgación y despliegue de la política de humanización en salud y programa de humanización.

ESTANDARES TALENTO HUMANO - ACCIONES EJECUTADAS IV TRIMESTRE

- ✓ Hacer seguimiento al cumplimiento del programa de capacitación.
- ✓ Evaluar el cumplimiento del programa de capacitación

ESTANDARES AMBIENTE FISICO - ACCIONES EJECUTADAS IV TRIMESTRE

- ✓ Realizar socialización del documento de programa de recicla y uso racional de agua y energía.
- ✓ Implementar estrategias de despliegue de programa de reciclaje como señalizaciones y folletos al cliente interno.
- ✓ Realizar seguimiento e informe de ejecución del programa de reciclaje y uso racional de agua y energía.

ESTANDARES TECNOLOGIA - ACCIONES EJECUTADAS IV TRIMESTRE

- ✓ Socializar el programa de tecno vigilancia mediante capacitación.
- ✓ Evaluar el cumplimiento sobre el programa de tecnovigilancia.
- ✓ implementar estrategias de difusión para sobre la seguridad del uso de la tecnología.
- ✓ fortalecer la gestión y análisis de eventos adversos asociados al uso de tecnología

ESTANDARES TECNOLOGIA - ACCIONES EJECUTADAS IV TRIMESTRE

- ✓ implementar estrategias que prevengas la ocurrencia de eventos adversos al uso de acrónimos o registros clínicos.
- ✓ realizar seguimiento a eventos presentados por registros clínicos.

**ACCIONES ATRASADAS O NO INICIADAS EN LA
EJECUCION DE PAMEC 2018.**

GRUPO D E ESTANDAR	ACCION DE MEJORA	ESTADO
Ambiente Físico	✓ Diseñar y publicar el plano con las rutas de desechos.	Atrasado
	✓ Diseñar y publicar el plano de la institución con las rutas de evacuación.	Atrasado.
Asistencial	✓ Solicitar la Elaboración de Nuevo poster de deberes y derechos de los usuarios con el nuevo logo de la institución, mas didáctico e ilustrativo y que se coloquen en puntos estratégicos de influencia de usuarios y cliente interno.	Atrasado.
Asistencial	✓ socializar el manual de proceso y procedimientos y elaborar post test para medir la eficacia la conocimiento del manual de proceso y procedimientos.	Atrasado.
Asistencial	✓ Desarrollar acciones para identificar, controlar y evaluar el proceso de atención del paciente desde su ingreso y egreso.	Atrasado.
Asistencial.	✓ Hacer Publicación de clasificación de las emergencias (TRIAJE) según resolución 5596 de 2015.	Atrasado.
Asistencial	✓ realizar designación del equipo de trabajo asistencial para las capacitaciones al paciente y sus familias sobre el autocuidado.	No iniciado
Gerencia	✓ Elaboración y socialización del documento del programa sistema de gestión de riesgo con el cliente interno.	Atrasado.

Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar encuesta para medir el conocimiento del documento del sistema de gestión de riesgo y tabular los resultados 	No iniciado
Talento humano	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar capacitación al personal en legislación del recurso humano con posttest para medir la eficacia. 	Atrasado.
Talento humano	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar encuesta a empleados para medir la satisfacción y clima organizacional y tabular resultados de encuesta con acciones según los resultados. 	atrasado
Información	<ul style="list-style-type: none"> ✓ documentar todas las listas de acrónimos o siglas definidas en la institución en la atención médica, medicamentos, Registros clínicos. 	Atrasado
Información	<ul style="list-style-type: none"> ✓ evaluar el conocimiento de la lista de acrónimos o siglas definidas en el proceso de atención. 	Atrasado.