

CARTILLA EDUCATIVA

• 2023 •

¡HEMOS AVANZADO!

Y continuamos uniendo esfuerzos
para seguir siendo un Hospital



'El hospital de todos'

En su tercera edición, esta cartilla educativa y de consulta contiene los conceptos que todos los integrantes de la familia San Juan de Dios deben conocer para continuar siendo un hospital acreditado en Salud.

Lee, aprópiate y comparte esta información.





Es muy gratificante y nos llena de inmenso orgullo contar con el sello de la Acreditación en Salud, una distinción que nos referencia a nivel regional y nacional como un hospital que presta servicios de calidad, basados en la eficiencia, la eficacia y la mejora continua.

Sin duda este importante logro, tiene como principal objetivo seguir brindando y garantizando a nuestros usuarios en el Quindío y demás departamentos de la zona de influencia, un servicio de salud de calidad y humanizado, el cual se hace y se continua haciendo posible gracias al compromiso, dedicación y profesionalismo de nuestros colaboradores, quienes los 365 días del año con amor y entrega cumplen la misionalidad de la institución.

Hoy somos un ejemplo de perseverancia y trabajo en equipo, no solo por el desarrollo y los proyectos alcanzados, sino

porque a pesar de las limitantes económicas, logísticas, de personal y demás que se puedan presentar en la cotidianidad, hemos podido establecer planes y procesos de mejoramiento continuos, los cuales proyectan al 'Hospital de Todos' como una entidad creciente, referente y en desarrollo.

Es por eso en este 2023, seguimos con el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Desarrollo "Tú y Yo Somos San Juan de Dios", las cuales, entre otros, buscan mantener nuestra Acreditación en Salud, un proceso en marcha, cuyo principal fin es seguir avanzando en la prestación de servicios humanizados, de alta calidad y disponibles para nuestros usuarios.



RUBEN DARÍO LONDOÑO LONDOÑO
Gerente E.S.E.



PLATAFORMA ESTRATÉGICA

NUESTRA

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, presta **servicios de salud complementarios**, con el **talento humano idóneo**, comprometido con el **mejoramiento continuo** y la **responsabilidad social** a través de su modelo de atención.

NUESTRA

VISIÓN

En el **2024** la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, será reconocida a nivel regional por la prestación de servicios de salud complementarios con **calidad, integralidad** y un talento humano enfocado en la **atención humanizada**.

VALORES



RESPECTO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

COMPROMISO

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis actividades cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

DILIGENCIA

Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar los recursos del Estado.

HONESTIDAD

Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

JUSTICIA

Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas con equidad, igualdad y sin discriminación.

HUMANIZACIÓN

Brindo atención al paciente y la familia centrada en la calidez, amabilidad, información, respeto por los derechos y la dignidad; integrando el manejo adecuado del dolor y el duelo.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Hospital **CON IDENTIDAD**

Desarrollar las competencias comportamentales del talento humano, con el fin de impactar positivamente la satisfacción de los usuarios.

Hospital **SALUDABLE**

Fortalecer las condiciones de organización, orden, limpieza y desinfección que contribuyan a la gestión de los riesgos del entorno institucional.

Hospital **SOSTENIBLE** **FINANCIERAMENTE**

Mantener la sostenibilidad financiera, que permita prestar los servicios con oportunidad y calidad a los usuarios.

Hospital **COMPETITIVO**

Formular determinantes de diseño y construcción de ambientes físicos, avances de tecnología y medicina para la prestación integral de servicios complementarios con desarrollo ambiental sostenible.

Hospital **CON CALIDAD**

Fortalecer la cultura del mejoramiento continuo, con el fin de implementar estándares superiores de calidad.

Porcentaje de ejecución del Plan de Desarrollo - vigencias 2020 - 2021



2020: **81%**
 2021: **90%**
 2022: **92,45%**

PLAN DE DESARROLLO 2020-2024

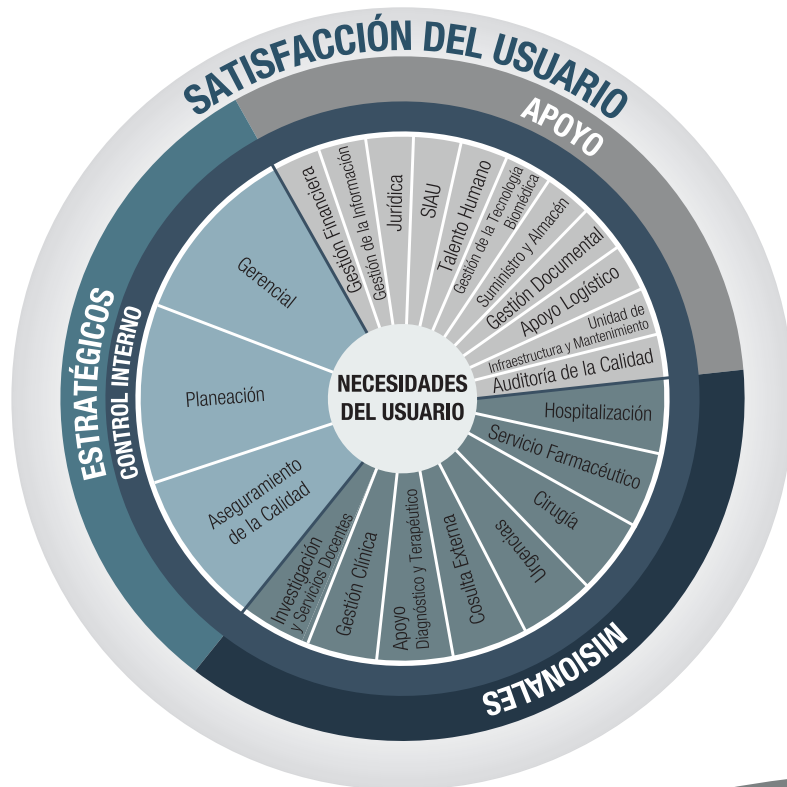


Mediante el acuerdo 015, el 26 de agosto de 2020, se aprobó el PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL, allí, se establecieron 58 indicadores, donde a través del PLAN OPERATIVO ANUAL, se programa la ejecución de las metas de forma gradual, durante las vigencias 2020 a 2024.

Teniendo en cuenta lo anterior, se destaca en la línea estratégica Hospital con Identidad la promoción y el fortalecimiento en la ejecución del programa de Humanización, donde se impacta la satisfacción del cliente interno de manera positiva, al pasar de un porcentaje del 69% en la vigencia 2020, a un 85%, en la vigencia 2022. Así mismo, en la línea estratégica de Hospital Financieramente Sostenible, se evidencia que el equilibrio presupuestal con corte al 31 de diciembre de 2022, arrojó un porcentaje de ejecución del 112,49%, lo que indica que el recaudo total de la vigencia superó el valor comprometido por la entidad, un logró que se alcanza gracias a las estrategias implementadas en el recaudo, las cuales conllevaron a conciliar diferentes carteras con algunas entidades responsables de pago (ERP), lográndose así efectividad en el recaudo de la cartera corriente. Además, se menciona una disminución progresiva y positiva de glosas, toda vez, que para la vigencia 2020, se identificó un porcentaje del 18% y para la vigencia 2022 se logró un resultado del 6%.

Frente a la línea estratégica Hospital Competitivo, se resalta el avance en la consecución de los documentos, para lograr en el mediano plazo, la obtención del reconocimiento como Hospital Universitario, acciones que para la vigencia 2022, finalizaron con un 71%, en torno al cumplimiento de los requisitos, dentro del marco de la Resolución 3409 de 2012.

Por último y de acuerdo con lo establecido en la línea estratégica de Hospital con Calidad, se destaca, la evolución y madurez frente al desarrollo de los componentes establecidos en el Manual de Aseguramiento de la Calidad y, el alcance frente a la aprobación en la vigencia 2021 como Hospital certificado en estándares de acreditación en salud, otorgada por ICONTEC.



EJES Y GRUPOS DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN



El Sistema Único de Acreditación en Salud, se fundamenta en seis ejes trazadores, los cuales la institución debe trabajar de manera transversal, abordados sistemáticamente desde una cultura organizacional transformada.

EJES DE ACREDITACIÓN

- Gestión Clínica Excelente y Segura
- Humanización
- Gestión del Riesgo
- Gestión de la Tecnología
- Responsabilidad Social
- Transformación Cultural

Los Grupos de Estándares reúnen los requisitos mínimos en búsqueda de la excelencia dentro de una organización, están diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad.

GRUPOS DE ESTÁNDARES

- PACAS (Ambulatorio – Hospitalario)
- Direccionamiento
- Gerencia
- Gestión de la Tecnología
- Gerencia del Talento Humano
- Gerencia del Ambiente Físico
- Gerencia de la Información
- Mejoramiento

MEJORAMIENTO CONTINUO

En la institución se cuenta con un ciclo de mejoramiento, el cual, permite gestionar las mejoras a través del DDIMM, una herramienta que se contrasta con el EIR, método que usa Icontec para evaluar los estándares de acreditación.

EIR

Enfoque
Implementación
Resultado

DDIMM

Documentado
Desplegado
Implementado
Medido
Mejorado

CICLO DE MEJORAMIENTO



El ciclo de mejoramiento continuo, es lo que permite que el Hospital supere las barreras, por ende, se debe aplicar de manera repetitiva y se debe incorporar a la cultura organizacional.

NIVEL I

- **EPM:** Equipo Primario de Mejoramiento

NIVEL II

- **GEBA:** Grupo Estratégico de Eliminación de Barreras
- **EA:** Equipo de Autoevaluación
- **CI:** Comité Institucional
- **EEA:** Ejes Estratégicos de Acreditación

NIVEL III

- **EMI:** Equipo Mejoramiento Institucional

¿USTED CÓMO PARTICIPA EN EL MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL?

Se realiza a través de la estrategia M-E-D-I-R



MIRAR LOS INDICADORES

Mediante el uso del aplicativo Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI)



EVALUAR LAS CAUSAS

A través de la metodología de análisis causal de las 5M (ver siguiente esquema).



DESARROLLAR OPORTUNIDADES DE MEJORA O ACCIONES

Mediante el uso del aplicativo Plan Único de Mejoramiento por Procesos (PUMP).



INCLUIR SEGUIMIENTOS

Mediante la revisión y cargue de los seguimientos en el aplicativo PUMP.



REVISAR LOS RESULTADOS

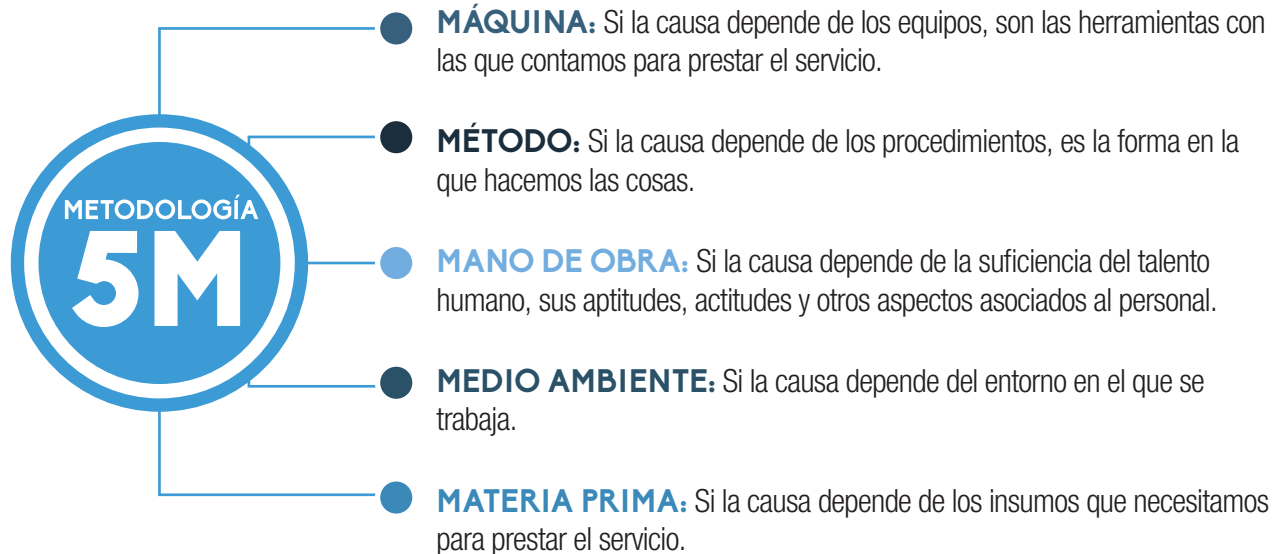
Mediante la revisión y análisis de tendencias de los indicadores en el TUCI.



ANÁLISIS CAUSAL DE INDICADORES



Es un sistema estructurado que permite el análisis, basado en cinco pilares fundamentales alrededor de los cuales giran las posibles causas de las desviaciones en los indicadores.



RESULTADO DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES ACREDITACIÓN

Estándar /Año	Pacas	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Tecnología	Información	Mejoramiento	General
2012/2013	1,3	1,2	1,2	1,2	1,4	1,1	1,2		1,2
2014	1,3	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,03		1,20
2015	1,31	2,16	2,16	2,11	1,95	2,02	1,97		1,95
2016	1,39	1,6	1,6	1,49	1,5	1,2	1,34	1,53	1,47
2017	2,18	2,83	2,83	2,31	2,32	2,39	2,08	2,35	2,3
2018	2,51	3,25	3,25	2,73	3,39	2,98	3,28	3,02	2,93
2019	3,2	3,51	3,46	3,26	3,76	3,27	3,48	3,40	3,3
2020	3,13	3,34	3,27	2,93	2,95	3,11	3,06	3,40	3,2
2021	3,2	3,51	3,34	3,26	3,53	3,33	3,35	3,56	3,4
2022	3,37	3,58	3,34	3,27	3,51	3,69	3,46	3,53	3,5

El cuadro anterior, muestra el histórico de las autoevaluaciones realizadas por los ocho Equipos de Autoevaluación de Estándares de Acreditación (EAE), del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, donde el resultado más reciente arroja un incremento en la calificación general.

INICADORES TRAZADORES MODELO DE ATENCIÓN SOICAFE



Son 23 indicadores trazadores del Modelo de Atención SOICAFE, consúltalos en el Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI).

SEGURIDAD

Porcentaje de adherencia al protocolo de lavado de manos.

2020 - 2021 - 2022
81% 83% 82%

Porcentaje de identificación del paciente.

2020 - 2021 - 2022
96% 96% 89%

Porcentaje de gestión de eventos adversos.

2020 - 2021 - 2022
92% 95% 92%

Índice de frecuencia de accidentes de trabajo.

2020 - 2021 - 2022
6 8 6

Por cada 196.000 horas hombre trabajadas

OPORTUNIDAD

Oportunidad en la respuesta a la interconsulta por especialidad presencial.

2020 - 2021 - 2022
4h 3h 3h

Oportunidad en la respuesta a la interconsulta por especialidad con disponibilidad.

2020 - 2021 - 2022
16h 13h 11h

Tiempo de espera para la atención de consulta especializada.

2020 - 2021 - 2022
56min. 33min. 32min.

Tiempo promedio de egreso hospitalario.

2020 - 2021 - 2022
2,8h 2h 2h

Oportunidad de Triage II

2020 - 2021 - 2022
56min. 33min. 32min.

Promedio días estancia

2020 - 2021 - 2022
4días. 5días 7días

INDICADORES TRAZADORES MODELO DE ATENCIÓN SOICAFE

INFORMACIÓN

Porcentaje de adherencia al
protocolo de bienvenida.

2020 - 2021 - 2022
72% 92% 72%

Porcentaje de adherencia a
la ejecución de protocolo de
información médica.

2020 - 2021 - 2022
96% 98% 93%

Porcentaje de reinducción.

2020 - 2021 - 2022
35% 71% 72%

CALIDEZ

Porcentaje de satisfacción
global de los usuarios.

2020 - 2021 - 2022
92% 97% 98%

Porcentaje de satisfacción
del cliente interno.

2020 - 2021 - 2022
69% 67% 85%

AMABILIDAD

Felicitaciones instauradas.

2020 - 2021 - 2022
393 892 1085

Quejas recibidas por parte de
usuarios externos por concepto
de amabilidad.

2020 - 2021 - 2022
109 133 199

Quejas recibidas por parte
de usuarios internos por
concepto de amabilidad.

2020 - 2021 - 2022
21 51 34

Relación de quejas versus
felicitaciones.

2020 - 2021 - 2022
1,6 2,3 1,6

INDICADORES TRAZADORES MODELO DE ATENCIÓN SOICAFE



FINANCIERAMENTE SOSTENIBLE

Porcentaje de glosas.

2020 - 2021 - 2022
19,5% 10,4% 6,12%

Valor facturado.

2020:
\$73.451.869.728
2021:
\$ 103.909.339.570
2022:
\$108.108.112.278

ENFOQUE DE MEJORAMIENTO

Porcentaje de ejecución de las oportunidades de mejora establecidas en el PUMP.

2020 - 2021 - 2022
81,7% 80,7% 90,8%

Porcentaje de indicadores desviados con metodología de análisis.

2020 - 2021 - 2022
20% 15% 34%



POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA

● 1. Política de Calidad



Implementar el mejoramiento continuo, con el fin de brindar una atención con estándares superiores de calidad que impacten la satisfacción del usuario y su familia.

● 2. Política de Seguridad del Paciente



Desarrollar una cultura de atención segura, que permita mejores desenlaces clínicos y menor presentación de eventos adversos, mediante la gestión de los riesgos, la gestión del evento adverso, prácticas clínicas seguras y la participación activa del paciente y su familia en el proceso de atención.

● 3. Política de Antibióticos



Definir lineamientos, capacitar a los equipos asistenciales y monitorear el uso racional de antimicrobianos durante el ciclo de atención, en cualquiera de sus dependencias.

● 4. Política de Farmacia



Garantizar la calidad del servicio en atención farmacéutica basado en tres pilares fundamentales: calidad del servicio, accesibilidad y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES



● 5. Política de Reúso



Asegurar que durante el proceso de atención de los pacientes no se reúsen dispositivos médicos, que por disposición del fabricante se determinen como de “un sólo uso”, asegurando para ello, el control en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización”.

● 6. Política de Prestación del Servicio



Prestar servicios de salud teniendo en cuenta los ejes de acreditación de atención centrada en el usuario y atención excelente y segura, las cuales se desarrollarán a través del modelo SOICAFE y programas de promoción y mantenimiento de la salud.

● 7. Política IAMI



Implementar la estrategia de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMÍ), a través del Modelo de Atención SOICAFE, brindando una atención personalizada y humanizada como factor protector de la salud a la población materna e infantil, fortaleciendo, protegiendo y apoyando el vínculo entre el recién nacido, su familia y la sociedad en general.

HUMANIZACIÓN

● 1. Política de Humanización



La humanización como eje de acreditación transversal de la E.S.E Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, centra sus esfuerzos en la atención integral del ser humano, bajo la premisa de respeto por su dignidad humana en un contexto donde prevalezca la amabilidad, la calidez, el manejo oportuno del dolor físico y el acompañamiento emocional en momentos de duelo, de tal manera, que se garantice el respeto por los derechos de nuestros pacientes, colaboradores y sus familias.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES

GESTIÓN DEL RIESGO

● 1. Política de Control Interno



Implementar Modelo Estándar de Control Interno y propiciar la utilización de mecanismos de evaluación de su avance y progreso en la disciplina del autocontrol.

● 2. Política SARLAFT



Prevenir que la entidad sea utilizada para dar apariencia de legalidad a activos que provienen de actividades delictivas o que, sean utilizadas para ocultar la procedencia de recursos, los cuales sean dirigidos finalmente a la realización de actividades terroristas.

● 3. Política de Gestión Documental



Asegurar la producción, gestión, trámite, transferencia y disposición de los documentos, identificando las mejores prácticas en la creación, uso, mantenimiento, acceso y preservación de la información y los documentos, independientemente de su soporte y medio de creación.

● 4. Política de Gestión del Riesgo



Gestionar efectivamente los riesgos para controlar o disminuir su probabilidad de ocurrencia y mitigar el impacto de todas aquellas situaciones internas o externas, que afecten negativamente el cumplimiento de los objetivos del hospital y la normatividad vigente.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES



● 5. Política de Espacio Físico



Ocupar los espacios físicos de acuerdo a los lineamientos del estudio de reordenamiento físico funcional, con el fin de garantizar una mayor funcionalidad e interrelación en la prestación de los servicios.

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

● 1. Política de Gestión de la Tecnología



Implementar y aplicar los lineamientos del Manual de Gestión de la Tecnología, para la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad, impactando positivamente usuarios, familia y medio ambiente.

● 2. Política de Gobierno Digital



Implementar estrategias que promuevan el fortalecimiento de servicios digitales confiables y oportunos, que permitan a los grupos de interés institucionales realizar trámites y consultas de manera sencilla y disponer de información útil, según sus necesidades digitales.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES

RESPONSABILIDAD SOCIAL

● 1. Política de Comunicaciones



Las comunicaciones orientadas al envío de información clara, correcta, coherente, completa y cortés para el fortalecimiento del relacionamiento con los grupos de interés y la prestación de servicios con calidad y el logro de la Acreditación en Salud.

● 2. Política Gestión Ambiental



Contribuir a la mitigación y compensación de los aspectos e impactos ambientales negativos, enmarcados en procesos de gestión incluidos en el PGIRASA y PIGA con enfoque de mejora continua.

● 3. Política de Docencia



Gestionar los procesos institucionales de docencia, siendo garante del cumplimiento de la normatividad nacional vigente para promover la generación de conocimiento de manera ética, mediante la alineación de sus procesos al direccionamiento estratégico vigente.

● 4. Política de Investigación



Promover la investigación científica como herramienta para la generación, adaptación, uso y difusión del conocimiento necesario para fortalecer los procesos institucionales, que conduzcan a la E.S.E a ser una institución competitiva dentro del sector salud.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES



● 5. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo



Proteger y promover la salud de los trabajadores, procurando su integridad física mediante el control de riesgos, el mejoramiento continuo de los procesos y la protección del medio ambiente.

● 6. Política de Consumo de alcohol, drogas y tabaquismo



Fomentar el bienestar y mantener un ambiente de trabajo sano y seguro, enmarcado dentro de la cultura de la prevención y el autocuidado.

● 7. Política de Mercadeo



Identificar los elementos que permitan garantizar los lineamientos y directrices al interior de la E.S.E., para establecer relaciones comerciales sólidas y de confianza con entidades de los sectores públicos, privados y régimen especial, buscando un mayor posicionamiento y reconocimiento en la prestación de los servicios de salud.

● 8. Política de Contratación Externa



Estandarizar criterios y seguir los lineamientos éticos establecidos para la contratación pública externa, con el fin de generar beneficio mutuo, que permita mantener la Sostenibilidad Financiera.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES ASOCIADAS A LOS EJES

TRANSFORMACIÓN CULTURAL

● 1. Política de Confidencialidad



Garantizar como elemento fundamental el respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad; conservando, protegiendo y salvaguardando la protección de la información de la historia clínica y el secreto profesional, cumpliendo con lo establecido en la normatividad vigente y los derechos como usuarios.

● 2. Política de Talento Humano



Gestionar efectivamente el cliente interno desde su ingreso, desarrollo y retiro, generando satisfacción en los colaboradores y cumpliendo objetivos y metas institucionales.

● 3. Política del Silencio



Propiciar ambientes de calma y serenidad en la E.S.E., con el propósito de contribuir a la adecuada recuperación de los pacientes y favorecer un ambiente de trabajo que propicie la concentración y eficiencia laboral de los colaboradores.

● 4. Política de Atención al Usuario



Garantizar la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF) e identificar y responder las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, a través de la gestión por procesos.

CAPACIDAD INSTALADA



**299
CAMAS**



**6 salas
de cirugía**

Apoyo DX:

(Diagnóstico cardiovascular, endoscopia digestiva, neumología-fibrobroncoscopia, laboratorio clínico, radiología e imágenes diagnósticas. Toma de muestras de laboratorio, transfusión sanguínea, laboratorio de patología, ultrasonido, electrodiagnóstico, ecocardiograma, fisioterapia).



Transporte Asistencial Básico (TAB)

→ **3**

Transporte Asistencial Medicalizado (TAM)

→ **1**

Su objetivo es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

LÍNEAS

PROACTIVA

PREVENCIÓN de eventos adversos, lo que implica la implementación de barreras de seguridad recomendadas por los paquetes instruccionales de seguridad del paciente.

REACTIVA

APRENDIZAJE institucional a partir de los eventos adversos e incidentes reportados por el personal y analizados por el programa de seguridad del paciente, a través de los líderes de cada servicio.

GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

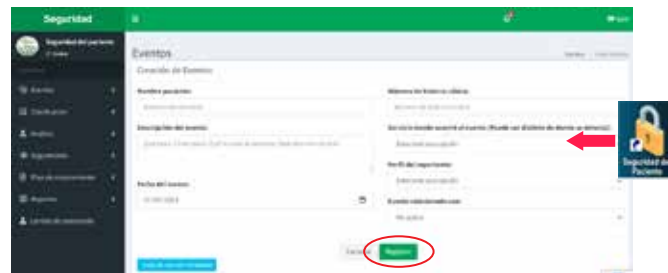
¿Quiénes reportan eventos adversos?

Cualquier persona en el Hospital, que identifique un acto o condición insegura que pueda o genere daño al paciente durante el proceso de atención en salud.

¿Dónde se realiza el reporte?

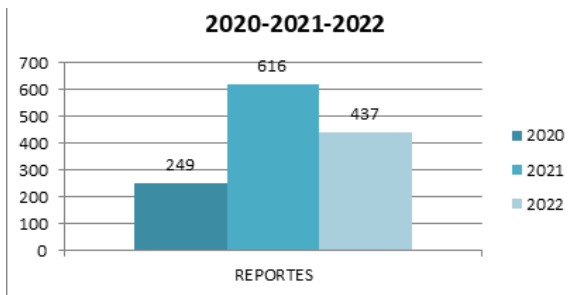
En el aplicativo virtual de seguridad del paciente, el cual está representado por un candado y se encuentra en los escritorios de todos los computadores institucionales, permitiendo el reporte oportuno de los eventos.

¿Cómo se realiza el reporte en la institución?



1. Ingresa al ícono del candado, el cual se encuentra en los escritorios de los computadores.
2. Llena los datos requeridos en el formato y describe el evento lo más claro posible.
3. Da clic en registrar. El aplicativo genera un código que confirma el reporte.

PROMEDIO MENSUAL DE REPORTES



Mejoramos nuestra cultura del reporte institucional.

Nos enfocamos en prevenir nuestros principales eventos:

- Flebitis.
- Fallas en la recolección de las muestras de laboratorio.

GUÍAS DE REACCIÓN INMEDIATA:

En caso de materializarse un evento y buscando dar una respuesta pertinente y segura al usuario, hemos priorizado 6 guías de reacción inmediata:

- Guía de reacción inmediata ante anafilaxia por medicamentos.
- Intervención en caso de presentarse una caída.
- Intervención en caso de presentarse una flebitis.
- Intervención en caso de presentarse una fuga.
- Intervención en caso de presentarse una reacción adversa a medicamentos.
- Intervención en caso de presentarse una zona por presión.



EJE GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA



Consulta estas guías en el aplicativo virtual de seguridad del paciente, donde reportamos eventos adversos en la parte inferior izquierda:

Seguridad

Seguridad del paciente
Online

Eventos

Clasificación

Análisis

Seguimiento

Plan de mejoramiento

Reportes

Cambio de contraseña

Eventos

Creación de Eventos

Nombre paciente:

Número de historia clínica:

Descripción del evento:

Servicio donde ocurrió el evento (Puede ser distinto de donde se detecta):

Perfil del reportante:

Fecha del suceso:

Evento relacionado con:

Cancelar Registrar

Guía de selección de eventos

Seguridad del Paciente

FARMACOVIGILANCIA

En la E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, las notificaciones de incidentes y eventos adversos a medicamentos y dispositivos médicos se reportan de manera voluntaria, espontánea y anónima a través de la plataforma **SEGUPACIENTE**.

Una vez consolidados los reportes en la plataforma, los profesionales Químicos Farmacéuticos realizan el análisis, evaluando la causalidad, identificando las fallas y proponiendo las barreras que puedan evitar que vuelvan a ocurrir. Adicional a lo anterior, se realiza retroalimentación o intervención farmacéutica de los casos al personal involucrado, con el fin de evitar la reaparición de estos eventos y garantizar la atención segura a los pacientes de la E.S.E.



Reporte de eventos adversos en medicamentos:

2020

37

2021

259

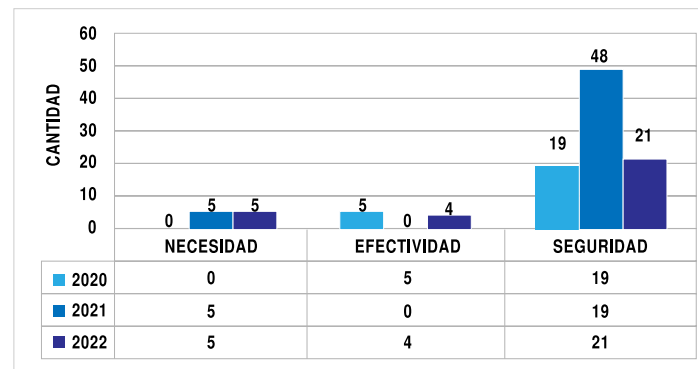
2022

71

Respecto a la clasificación de dichos eventos adversos, los datos durante los últimos 3 años, muestran un aumento en la cultura del reporte de farmacovigilancia.



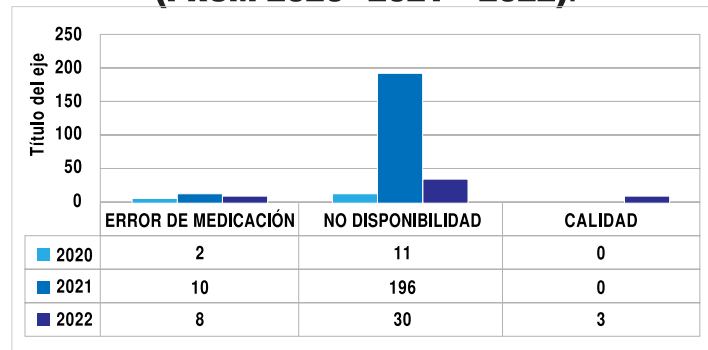
● Problemas relacionados con medicamentos (PRM 2020 -2021 - 2022):



Las dificultades relacionados a la medicación, son aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo. En este sentido y asociado a la medición realizada durante los últimos 3 años en la institución, a través del programa de

farmacovigilancia, se reportaron y analizaron 107 reportes distribuidos así: **2020** (24 casos), **2021** (53 casos) y **2022** (30 casos), la mayor incidencia corresponde a inseguridades generadas posterior a la administración de medicamentos, las cuales son dadas por reacciones adversas al medicamento.

● Problemas relacionadas con el uso de medicamentos
(PRUM 2020 -2021 - 2022):



La E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, cuenta con la autorización INVIMA y está inscrita al programa nacional de Farmacovigilancia, donde su objetivo principal es vigilar la seguridad, efectividad y calidad de los medicamentos y vacunas. Es de precisar, que entre otros, con este programa se busca detectar reacciones adversas, complicaciones no evidenciadas durante la etapa de investigación de los medicamentos y usos inapropiados.

Desde julio de 2021, se implementó por parte del INVIMA la plataforma Vigiflow, creada para realizar los reportes relacionados a medicamentos, en la que el Hospital en el 2021, realizó 20 reportes y en el 2022, 24 relacionados a reacciones adversas a medicamentos; un hecho significativo para la recopilación de inseguridades pos y comercialización de los mismos.

TECNOVIGILANCIA



¿Qué es?

Actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de eventos e incidentes adversos serios e indeseados asociados con los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos con base en la notificación, registro y evaluación sistemática, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

- **Evento adverso serio:** evento no intencionado que pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador u otro que utilice el dispositivo médico.
- **Evento adverso no serio:** evento no intencionado, diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador u otro que utilice el dispositivo médico.
- **Incidente adverso serio:** potencial riesgo de daño no intencionado, el cual pudo haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente.

¿Dónde realizar el reporte?

En el aplicativo de la intranet “**SEGUPACIENTE**”, en el botón “**REGISTRAR EVENTO**”.

Unidad de Análisis

OBJETIVO:

Mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes y usuarios mediante la identificación, evaluación y gestión de los reportes asociados a problemas de seguridad de los dispositivos médicos, para reducir la probabilidad de un incidente adverso asociado al uso de los dispositivos médicos utilizados en la E.S.E. Hospital.

Contamos con el plan de capacitación de equipos biomédicos para manejo seguro, el cual alcanzó un porcentaje del 100% en el cumplimiento, en la vigencia 2022.

Realizamos rondas de seguridad en los servicios asistenciales, en busca de acciones inseguras, para evitar posibles eventos o incidentes adversos asociados a la tecnología.

● Eventos adversos relacionados con tecnología

2020	56
2021	252
2022	160

● Incidentes relacionados con la tecnología

2020	153
2021	307
2022	189

HEMOVIGILANCIA

¿Qué es?

Es el conjunto de acciones de vigilancia, que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos o incidentes derivados, tanto de la donación como de la transfusión de hemoderivados.

Siendo objeto de un programa institucional concordante con las políticas nacionales de sangre y con la estructura de la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión.

¿Cuál es el objetivo?

Garantizar la supervisión en tiempo real de los eventos y/o incidentes presentados, para hacer el registro sistemático de los casos clínicos e introducir medidas correctivas y preventivas que mejoren el perfil de seguridad de toda la cadena transfusional, desde el donante hasta el paciente.



Actividades

- Gestión pre-transfusional.
- Supervisión de transfusiones por médico hospitalario del banco de sangre y enfermera del servicio, aplicación de la lista de chequeo de control de la transfusión y de los 'Siete Correctos de la Transfusión'.
- Diligenciamiento del Registro del Control de Transfusión (TRA-045).
- Diligenciamiento de la Lista de Chequeo Hemovigilancia - Servicio Transfusional (AD-FO-123). Se verifica el cumplimiento del protocolo de transfusión institucional y la Guía Clínica de la Transfusión.
- Investigación de reacciones adversas transfusionales.
- Reporte de reacciones adversas transfusionales al Comité de Transfusión Sanguínea, articulado con el Comité de Seguridad del Paciente.

- Reporte de reacciones adversas transfusionales al Instituto Nacional de Salud.
- Capacitación al personal involucrado en el proceso.

ÍTEM / VIGENCIA	2021	2022
Unidades procesadas	1937	2608
Unidades transfundidas	1351	1442
Unidades incineradas por reactividad	6.6%	5.8%
Porcentaje de unidades solicitadas no pertinentes	0%	0.001%
Adherencia a Guía de Transfusión	100%	99.9%
Reacciones adversas transfusionales	1.41%	0.58%
Seguimiento a reacciones adversas transfusionales	100%	100%

REACTIVOVIGILANCIA

¿Qué es?

Conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación, cualificación y gestión de eventos e incidentes asociados al uso de reactivos, así como la identificación de factores de riesgo que puedan estar relacionados con estos.

CATEGORÍA I

Incluye los siguientes reactivos de diagnóstico in vitro: medios de cultivo, componentes de reposición de un estuche, materiales colorantes, soluciones diluyentes.

CATEGORÍA II

Incluye los reactivos de diagnóstico in vitro, que estén relacionados con las siguientes áreas: Biología Molecular, Química Sanguínea, Hematología, Inmunología Microbiología.

CATEGORÍA III

Incluye los siguientes reactivos de diagnóstico in vitro: usados para el tamizaje de enfermedades transmisibles en donantes de sangre, componentes sanguíneos y demás tejidos y órganos para trasplante.

La institución pertenece a la Red Nacional de Reactivovigilancia y se encuentra inscrita desde el 14 de junio de 2016, como PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, con el consecutivo INVIMA No. 201-207, siendo monitoreada sistemáticamente a través del Programa Nacional de Reactivovigilancia.

Sus acciones van encaminadas al reporte de los eventos indeseables que se puedan presentar y el análisis continuo de las alertas sanitarias e informes de seguridad publicados por el INVIMA, además de la capacitación del personal.

Se cuenta con el programa de Reactivovigilancia versión 01, código AD-PG-114, de mayo 03 de 2021 y el Manual de Reactivovigilancia versión 05, código AD-MP-12, de diciembre 15 de 2020. En cuanto a su unidad de análisis, este se encuentra establecido a través de reuniones bimestrales de acuerdo con la resolución No. 0000333 del 25 de marzo de 2020, emitida por la gerencia de la E.S.E., donde entre otros, el logro más importante, es la participación activa de todos los integrantes de la unidad y el posicionamiento de este programa de riesgo a nivel del Comité de Seguridad del Paciente de la institución.

El programa ha realizado el reporte periódico trimestral con el consolidado de los eventos indeseados en forma oportuna, con la calificación **MASIVO EN CERO**; excepto un reporte realizado el cuarto trimestre del 2020, por reactivo con frasco incompleto, el cual tuvo toda la trazabilidad del INVIMA a través del programa Nacional de Reactivovigilancia, y sus cierre y conclusión terminó el 15 de diciembre, con agradecimiento para la institución.

Durante el 2020 y 2022, se han realizado las siguientes capacitaciones dentro del plan de acción definido:

2020

- Generalidades del programa de Reactivovigilancia (ciclo del reactivo), con la **participación de 33 funcionarios.**

2021

- Ciclo de la compra, recepción y almacenamiento de reactivos, con la **participación de 17 funcionarios.**
- Manejo de los residuos de reactivos, donde **participaron 17 funcionarios.**
- Adherencia al programa y Manual de Reactivovigilancia, con la **participación de 40 funcionarios.**

2022

- Socialización del Plan de Emergencias y de Bioseguridad de la E.S.E., contando con la **participación de 15 funcionarios.**
- Capacitación a instituciones de salud sobre Reactivovigilancia, por Secretaría de Salud e INVIMA, donde **participaron 12 funcionarios.**

EN EL SAN JUAN SER SEGURO ES...

- Identificar al paciente con manilla desde el ingreso a triage.
- Realizar identificación cruzada de la información verbal del paciente con los datos de la manilla e historia clínica.
- Realizar lavado de manos en los 5 momentos establecidos según protocolo institucional.
- Realizar clasificación del riesgo de caída por medio de la escala de crichton y las intervenciones según la clasificación.
- Aplicar escala de Braden para identificar el riesgo de sufrir úlceras por presión y definir plan de cuidados.
- Indagar sobre antecedente de alergias desde el ingreso del paciente a la institución.
- Identificar riesgo de fuga en el paciente.
- Identificar oportunamente el delirium por medio de la escala de CAM.
- Identificar el riesgo de broncoaspiración y realizar las intervenciones definidas por médico y enfermería.
- Realizar entrega y recibo de turno de médico y enfermería
- Usar correctamente los medicamentos, cumpliendo 10 correctos en su administración.
- Educar al paciente sobre sus riesgos y maneras de aportar a su seguridad y autocuidado.
- Explicar al paciente los procedimientos que se le van a realizar.
- Garantizar la cirugía segura.
- Entregar y explicar las órdenes medicas antes de la salida del servicio.
- Identificar el riesgo nutricional.

¿Qué es una guía práctica clínica?



Un conjunto de recomendaciones, basadas en la evidencia obtenida en los ensayos clínicos y estudios (a veces en opiniones de grupos de expertos) y que han sido validadas por entidades académicas reconocidas, estas pueden variar en la calidad de su diseño, a mayor nivel de evidencia

y efectividad de las recomendaciones contenidas en la guía, menor potestad tendrá el clínico para no seguirla.

¿Qué me puede decir una GPC?



HACER: Las recomendaciones más reconocidas, son aquellas en las que hay que administrar un tratamiento, tecnología o examen diagnóstico.

NO HACER: La medicina basada en la evidencia, busca evitar que se tomen como ciertas algunas prácticas que no tienen soporte empírico y podría provocar daños en el paciente, o que no tengan utilidad demostrable, por esta razón, en muchas guías se encuentran recomendaciones en contra de conductas que son de ocurrencia.



COSTO-EFECTIVIDAD: Toda recomendación lleva una consideración de costo contra efectividad y esta es relevante para promover la sostenibilidad de las instituciones prestadoras de salud y al mismo sistema.

EJE GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA



En la E.S.E. Hospital contamos con las siguientes guías:

- ✓ Recomendaciones guía de práctica clínica atención de parto (GC-de-24 2019).
- ✓ Recomendaciones guía de práctica clínica síndrome coronario agudo (GC-de-11 2019).
- ✓ Recomendaciones de trastornos hipertensivos del embarazo (GC-de-23 2019).
- ✓ Recomendaciones de manejo de hemorragia postparto (GC-de-22 2018).
- ✓ Recomendaciones guía práctica clínica ruptura prematura de membranas (GC-de-25 2019).
- ✓ Recomendaciones guía de práctica clínica neumonía en menores de 5 años (GC-de-36 2020).

Se fortalece el número de las GPC con la inclusión de:

- ✓ Recomendaciones guía de práctica clínica de asfixia perinatal (GC-de-42).
- ✓ Recomendaciones guía de práctica clínica de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GC-de-46).

Encuentra las GPC aquí:



La socialización de estas guías, se realiza mediante la plataforma de Aula Virtual del Hospital.

LAVADO DE MANOS



1. Observación directa e intervención al personal de salud:

Se realiza la retroalimentación al personal de salud en los servicios, y la identificación de fallas, tanto en el procedimiento del lavado de manos - higienización, como en los 5 momentos indicados dentro de la estrategia multimodal de la OMS.

En este sentido, se logra en el 2022, la **capacitación de 2.539 funcionarios**, adicionalmente, durante esta misma vigencia; se logra la educación al paciente y su familia con una cifra de 2.381 usuarios sensibilizados, buscando fortalecer el conocimiento y sirviendo de barrera de seguridad dentro del proceso de atención.

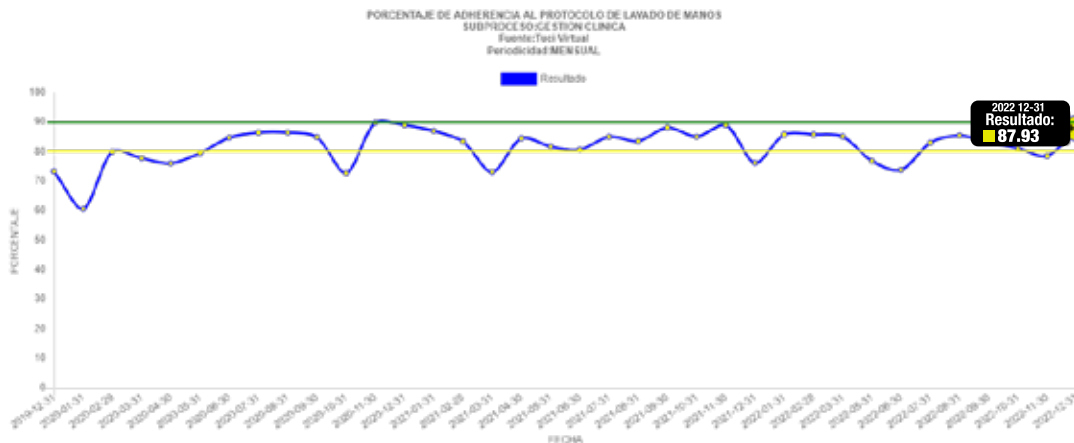
2. Ejecución de campañas y actividades educativas:

En lo corrido del año 2022, se realizaron 3 campañas que buscan fortalecer y generar toda una cultura en torno al lavado de manos.

Para la E.S.E. es muy importante que sus colaboradores tengan claro y practiquen los momentos de lavado de manos, por lo cual se cuenta con indicadores, en donde mensualmente, se mide la adherencia a cada uno de los tiempos en que se debe de ejecutar esta práctica; así como la prevención de enfermedades y la propagación de infecciones a otros pacientes o entre los mismos colaboradores.



PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS



En la anterior gráfica, se presenta el comportamiento histórico del indicador “Porcentaje de Adherencia al Protocolo de Lavado de Manos”, cuyos resultados arrojan un estado positivo para el personal de la E.S.E. en cuanto al paso a paso para el correcto lavado de manos.

EJE HUMANIZACIÓN



Garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.



Mejorar la satisfacción y el bienestar del cliente interno y externo mediante la estructuración, implementación y monitoreo de las cinco líneas de intervención propuestas y las estrategias que componen el DA, DE, DI, DO, DU, en sus dos dimensiones: cliente interno y familia // cliente externo y familia.

Inducción al programa de Humanización 2022:

779
colaboradores



DA

DAR CALIDEZ, AMABILIDAD INFORMACIÓN

CLIENTE EXTERNO Y FAMILIA

- Porcentaje de percepción del paciente sobre la frecuencia con la que el personal saluda, se presenta, mira a los ojos, sonríe y escucha:

2020
91.07%

2021
93.72%

2022
95.58%

CLIENTE INTERNO Y FAMILIA



Total de colaboradores a quienes se les socializó la estrategia “Estilo de vida con calidez”: **773**

DA

DAR BIENESTAR



- Acompañamiento de lectura por medio de actividades lúdicas y pedagógicas a niños de hospitalización pediatría en el espacio de la Ludobiblioteca.
- Actividades lúdicas y de lectura a pacientes adultos que se encuentran en hospitalización.



Hospitalización Pediatría 2021- 2022

100% de satisfacción,
logrando la intervención
de **609 niños y niñas.**



Hospitalización Adultos 2021- 2022

100% de satisfacción,
logrando la intervención
de **274 adultos**

DA

ACTIVIDADES DE DESARROLLO SOCIAL ALCALDÍA - IMDERA

CLIENTE INTERNO



CLIENTE EXTERNO



DA

Celebraciones de:

- Día del Auxiliar Administrativo
- Día de la Mujer
- Día del Médico
- Promoción de la salud mental "*Medias Locas*"
- Prevención del Suicidio
- Celebración Día del Niño
- Cumpleaños Hospital
- Feria de emprendimiento
- Bienvenida a la Navidad
- Decoración Navideña
- Concurso de faroles
- Gran Fiesta Navideña
- Novenas de Navidad
- Desayuno navideño



DE

DERECHOS Y DEBERES RESPETADOS

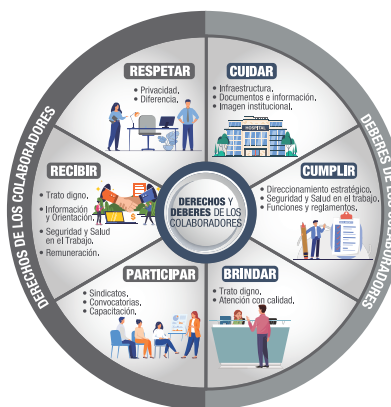
CLIENTE EXTERNO Y FAMILIA



Total de personas informadas:

- 2020: **9.707**
- 2021: **10.359**
- 2022: **10.277**

CLIENTE INTERNO Y FAMILIA



Porcentaje de identificación de derechos y deberes:

- 2021: **69.90%**
- 2022: **93.66%**

DE

DERECHOS Y DEBERES RESPETADOS



Se han realizado los siguientes avances en la vigencia 2022:

- Capacitación al personal.
- Consentimiento informado, de la persona de elección que va a acompañar a la gestante en su trabajo de parto.
- Plegable informativo para acompañante.
- Aplicación de encuestas de satisfacción.
- Ronda médica con acompañamiento por psicología y equipo de Humanización.

Aplicación de Test de Edimburgo a algunas maternas.



Pocentaje de satisfacción de atención a las maternas - 2022

DE

Dar calidez, amabilidad e información

96.68%

DI

Dignidad respetada

97.96%

DE

DERECHOS Y DEBERES RESPETADOS

CLIENTE EXTERNO 2022



CAFÉ DEL CONOCIMIENTO

Se han realizado cinco sesiones, con **asistencia de 124 personas** en encuentros de expertos, los cuales abordan temas de interés en salud, con participación de la comunidad hospitalaria y otras entidades de carácter municipal y departamental.

ESCUELA DE LÍDERES

Se han realizado **4 sesiones**, con el propósito de fortalecer las competencias propias del liderazgo que favorezcan la transformación cultural de la institución.



DI

DIGNIDAD RESPETADA

ACTIVIDAD:
SENSIBILIZACIÓN PARA PROMOVER
EL BUEN TRATO DEL USUARIO AL CLIENTE EXTERNO

ACTIVIDAD:
SOCIALIZACIÓN EN SERVICIOS
SOPA DE LETRAS – CLIENTE INTERNO



DIGNIDAD RESPETADA

Estimado usuario de los servicios de salud del Hospital Departamental Universitario del Guindo San Juan de Dios, nuestros colaboradores le ofrecen una atención con calidez y amabilidad para que te sientas a gusto en nuestras instalaciones.

Contamos con un talento humano condecorar de tus derechos dándote información clara, que respeta tu dignidad física y guarda confidencialidad de tu estado de salud, dispuesto acompañarte en los momentos de dolor y duelo.

Mereces un trato humanizado, nuestros colaboradores también, sigue estos simples pasos:

- DA** Salúdalo, míralo a los ojos, sonríele, despidete. Realiza tu solicitud de información con un tono de voz adecuado y usando palabras respetuosas.
- DE** Recuerda que tú también tienes deberes y los colaboradores derecho, habíles con respeto sin agredirlos física o verbalmente. Si tienes alguna inconformidad usa los canales institucionales para expresar tu queja.
- DI** El trato digno hacia nuestros colaboradores refleja el gran ser humano que eres.
- DO** Al igual que tú, nuestros colaboradores también se enferman, tienen dificultades personales, sufren dolores físicos y emocionales, se cansan; pero siempre están dispuestos a darte lo mejor de cada uno cuando te brinden atención.
- DU** Tal como tú lo has vivido, nuestros colaboradores luchan sus propias batallas personales, intenta ponerle en sus zapatos.

Promover el buen trato hacia el personal de salud y demás colaboradores de la institución.



Fortalecer los términos relacionados con la dignidad respetada y uso de los insumos disponibles en la institución.

DI

DIGNIDAD RESPETADA

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL

- Población adulta mayor
- Población víctima del conflicto armado
- Población étnica (indígena, afrodescendiente y Rrom)
- Población con discapacidad
- Población con diversidad sexual (OSIGD - LGBTI)
- Población habitante de calle

*Estos protocolos brindan las herramientas para una atención humanizada, basada en el respeto de los derechos de los pacientes y **fomentan el respeto por la diferencia y la no discriminación.***



Discapacidad



Orientación
sexual y de género



Niños, niñas,
adolescentes y mujeres



Pertenencia Étnica, Indígenas,
Comunidades Negras,
Afrocolombianas, Palenqueras
y Raizales, Rrom y Gitanos



DIGNIDAD RESPETADA

● **Indicador 840**

Porcentaje de satisfacción en cuanto a respeto por la intimidad física del paciente.

Promedio:

2020 **81.8%** - 2021 **90.8%** - 2022 **98.7%**

● **Indicador 841**

Porcentaje de satisfacción en cuanto a respeto por la confidencialidad.

Promedio:

2020 **98.1%** - 2021 **90.02%** - 2022 **98.9%**

● **Indicador 84**

Porcentaje de satisfacción frente a no sentirse discriminado.

Promedio:

2020 **90.87%** - 2021 **98.96%** - 2022 **99.31%**

● **Indicador 1767**

Porcentaje de gestión por trabajo social de cremación o inhumación de cliente externo identificado no reclamado.

Promedio:

2022 **100%**

Promedio:

2022 **92.61%**

● **Indicador 1768**

Porcentaje de valoraciones por trabajo social a población migrante.



MANEJO OPORTUNO DEL DOLOR

ESTRATEGIA CLIENTE INTERNO



BOTÓN PSICOLÓGICO

Total colaboradores que usaron la estrategia

- 2020: **21**
- 2021: **46**
- 2022: **130**

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN
del cliente interno con el servicio
del botón psicológico.

100%
DE SATISFACCIÓN 2022

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN
del usuario frente al manejo
oportuno del dolor.

2020 94.80%

2021 96.66%

2022 97.1%

EJE HUMANIZACIÓN



DUELO INTERVENIDO

CLIENTE EXTERNO

SATISFACCIÓN ESTRATEGIAS HUMANIZACIÓN	2019	2020	2021	2022
Manejo humanizado del cadáver	88.64%	8.57%	93.91%	96.34%
August			97% 100%	100% 100%
Vuelo del Colibrí			86.66%	77.8%



PORCENTAJE DE ACOMPAÑAMIENTO psicológico a clientes internos por luto - 2022

96.9%

EJE GESTIÓN DEL RIESGO

¿Qué es?

La gestión del riesgo es parte esencial de la gestión estratégica de nuestro Hospital, es un proceso continuo, transversal y en constante desarrollo; es por esto, que se definieron los lineamientos y estrategias necesarias para adelantar una gestión efectiva de los riesgos encaminadas a disminuir la probabilidad de ocurrencia y el impacto de todas aquellas situaciones identificadas dentro del contexto interno y externo, que afectan negativamente el cumplimiento de los objetivos.



MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO

1.

El SIGIR, es un aplicativo de fácil acceso en la intranet, que nos permite realizar de manera sistemática la gestión del riesgo de todos los procesos institucionales; cualquier trabajador del Hospital puede acceder al SIGIR.

→ Te invitamos a ingresar a través de la intranet con: ←

Usuario: INVITADO

Contraseña: INVITADO

O con el usuario asignado para tu proceso



2.

A través del aplicativo SIGIR, identificamos que tan probable es que el riesgo suceda y en caso de materializarse, qué impacto tendría para el Hospital, a esto lo definimos RIESGO INHERENTE. Una vez definido, debemos diseñar acciones que permitan CONTROLAR el riesgo disminuyendo de manera directa la probabilidad de ocurrencia o el impacto calculando nuevamente, es decir el RIESGO RESIDUAL.

3.

El aplicativo SIGIR cuenta con espacios de seguimiento y control para documentar las evidencias generadas por las tres líneas de defensa definidas y así garantizar la ejecución de los controles propuestos para la mitigación del riesgo. Estas líneas son:

LÍNEA DE DEFENSA ESTRATÉGICA	▶	Alta gerencia
1ª LÍNEA DE DEFENSA	▶	Líder del proceso
2ª LÍNEA DE DEFENSA	▶	Planeación
3ª LÍNEA DE DEFENSA	▶	Control Interno

4.

El aplicativo SIGIR tiene un espacio definido para informes generales de resultado de la gestión institucional de riesgo. En estos podemos evidenciar la zonificación de los riesgos inherentes y residuales, la tipificación de riesgos y la clasificación por procesos.

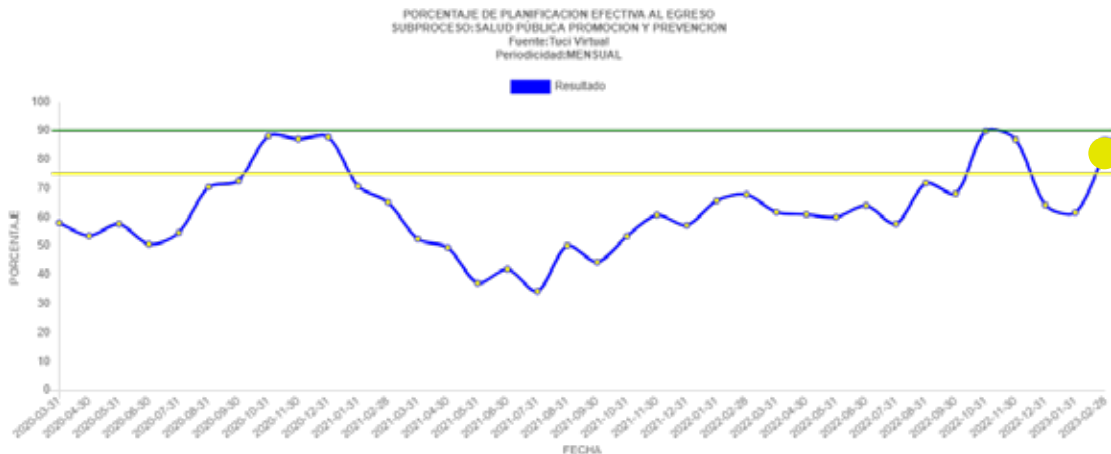
5.

En los EPM, se realiza seguimiento y análisis de los indicadores asociados a los riesgos institucionales y en caso de existir un fracaso, que significaría la materialización de un riesgo, se hace análisis causal y el desarrollo de oportunidades de mejoramiento.

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



La E.S.E. cuenta con el **programa PAI de vacunación**, dando cumplimiento a la gestión del riesgo clínico en un **95%**, con esquema completo para todos los nacidos en la institución contra la hepatitis B y la BCG.



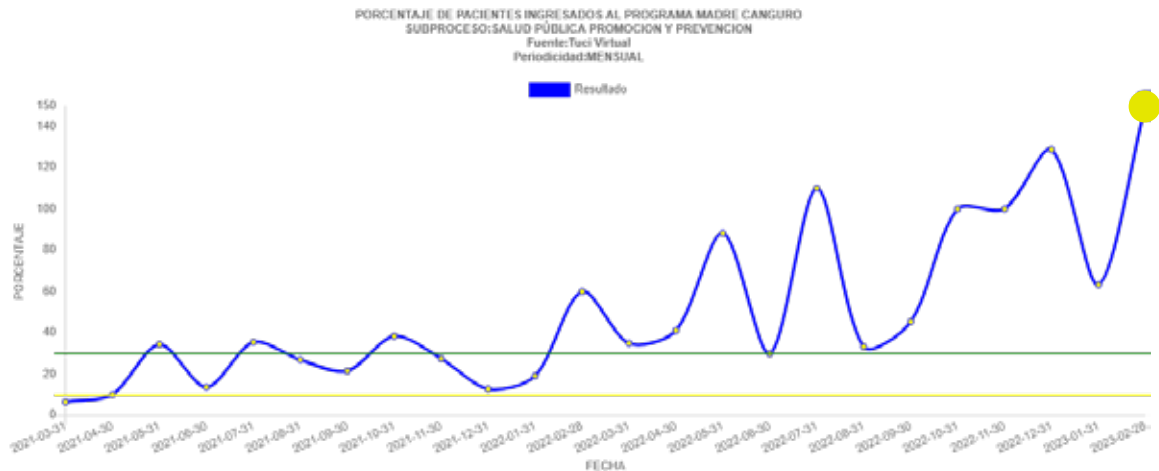
Este es un indicador trazador de gestión clínica para la intervención del riesgo clínico en la Ruta Materno Perinatal, siendo de gran importancia para la responsabilidad social de la institución tener en éxito este indicador, pero como se observa en la gráfica, en el histórico de la medición no siempre se ha logrado la meta. Cabe resaltar que, desde el proceso se vienen generando acciones para involucrar a toda la red prestadora de servicios, con el fin de alcanzar la meta y poder dar cumplimiento y oportunidad.

GESTIÓN DEL RIESGO TÉCNICO

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

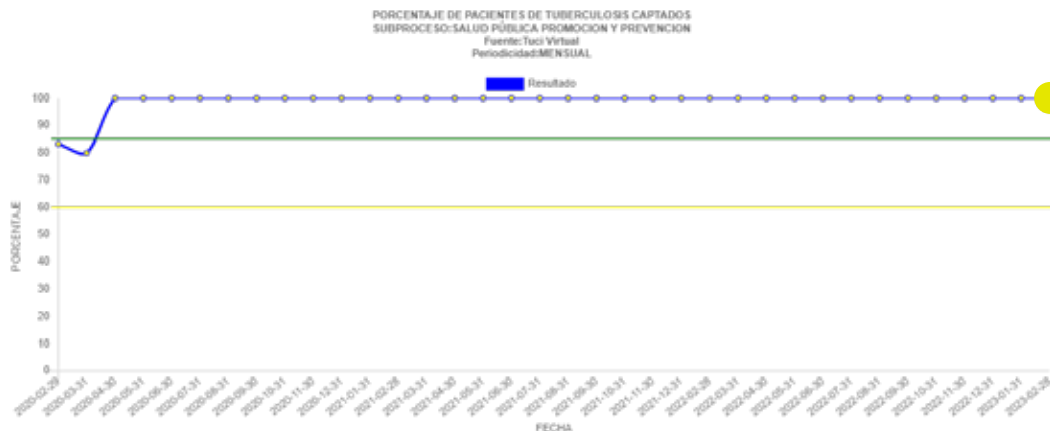
La E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios en concordancia con el componente de seguridad de nuestro Modelo de Atención SOICAFE, se compromete con el paciente y su familia a desarrollar una cultura de atención segura, que permita mejores desenlaces clínicos y menor presentación de eventos adversos mediante la gestión de los riesgos, la gestión del evento adverso, el desarrollo de proceso institucionales y asistenciales seguros, las prácticas clínicas seguras y la participación activa del paciente y su familia en el proceso de atención.





La E.S.E. cuenta con el **programa Madre Canguro**, el cual a través del tiempo, ha tenido un aumento en las cifras de captación de recién nacidos prematuros, lo que permite la gestión del riesgo oportuno, tanto hospitalario como ambulatorio.

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



La detección oportuna de las enfermedades transmisibles como es la Tuberculosis, es un objetivo de la gestión del riesgo clínico de las personas vulnerables y la población en general, donde se logra un **100%**, tanto en la captación como en su manejo hospitalario.

EJE GESTIÓN DEL RIESGO

	PAQUETE INSTRUCCIONAL	% Cumplimiento general 2020-01	% Cumplimiento general 2020-02	% Cumplimiento general 2021-01	% Cumplimiento general 2021-02
1	Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.	0,84	0,84	1,00	1,00
2	Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	0,80	0,88	0,88	0,87
3	Prevención úlceras por presión.	0,69	0,84	0,85	0,89
4	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	0,78	0,89	0,90	0,91
5	Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.	0,65	0,78	0,78	0,67
6	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	0,72	0,76	0,79	0,77

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



	PAQUETE INSTRUCCIONAL	% Cumplimiento general 2020-01	% Cumplimiento general 2020-02	% Cumplimiento general 2021-01	% Cumplimiento general 2021-02
7	Garantizar la atención segura del binomio: madre e hijo.	0,88	0,89	0,94	0,94
8	Prevención de la malnutrición o desnutrición.	0,69	0,85	0,88	0,92
9	Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	0,88	0,88	0,91	0,90
10	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.	0,65	0,81	0,85	0,92
11	Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.	0,43	0,53	0,64	0,64
12	Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	0,82	0,89	0,90	0,90

EJE GESTIÓN DEL RIESGO

	PAQUETE INSTRUCCIONAL	% Cumplimiento general 2020-01	% Cumplimiento general 2020-02	% Cumplimiento general 2021-01	% Cumplimiento general 2021-02
13	Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	1,00	1,00	1,00	1,00
14	Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	0,46	0,61	0,68	0,55
15	Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.	0,75	0,87	0,81	0,80
16	Atención de urgencias en población pediátrica.	0,51	0,51	0,57	0,63
17	Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.	0,48	0,48	0,48	0,44
18	Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.	0,90	0,88	0,90	1,00

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



PAQUETE INSTRUCCIONAL		% Cumplimiento general 2020-01	% Cumplimiento general 2020-02	% Cumplimiento general 2021-01	% Cumplimiento general 2021-02
19	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	0,46	0,61	0,61	0,47
20	Prevenir el cansancio en el personal de salud.	0,21	0,36	0,36	0,36
21	Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.	0,38	0,57	0,57	0,50
22	Seguridad del paciente y atención segura.	1,00	1,00	1,00	1,00
TOTAL VIGENCIA		68,1%	76,0%	78,6%	77,5%

PAQUETE INSTRUCCIONAL	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO
1 Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.	Todos		
2 Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	Enfermería	Todos	Todos
3 Prevención úlceras por presión.	UCI	Urgencias	Hospitalización
4 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	Urgencias	Hospitalización	
5 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.	Farmacia	Enfermería	
6 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	Enfermería		

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



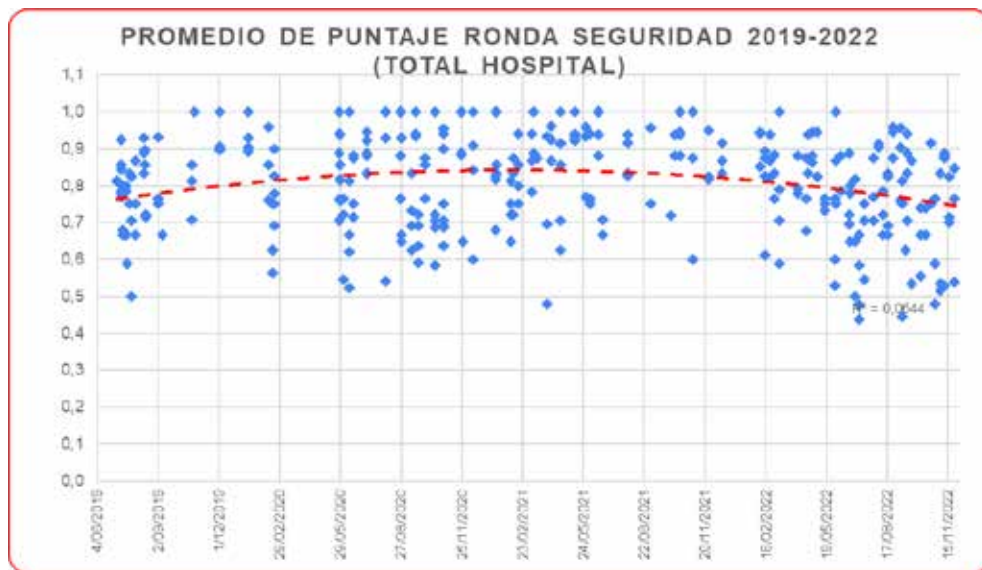
PAQUETE INSTRUCCIONAL	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO
7 Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo.	Obstetricia	Pediatría	
8 Prevención de la malnutrición o desnutrición.	Pediatría	Nutrición	
9 Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	UCI		
10 Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.	Apoyo Diagnóstico	Terapia Respiratoria	Enfermería
11 Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.	Terapia Respiratoria		
12 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	Quirófano	Cirugía	

PAQUETE INSTRUCCIONAL	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO
13 Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	Todos		
14 Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	Todos		
15 Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.	Urgencias	Medicina Interna	
16 Atención de urgencias en población pediátrica.	Pediatría		
17 Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.	Hospitalización		
18 Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.	UCI		

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



PAQUETE INSTRUCCIONAL	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO
19 Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	Todos		
20 Prevenir el cansancio en el personal de salud.	Talento Humano	Subgerencia Asistencial	
21 Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento Informado.	Todos		



Se ha avanzado en la implementación de los paquetes instruccionales de seguridad en el histograma de la adherencia, la cual es medida en las rondas de seguridad y se encuentra en un porcentaje superior al 70%.

¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Índice de frecuencia de accidente de trabajo	2019	2020	2021	2022
	10,3	6,49	8,3	5,7



Suspenda la actividad



Reporte a su jefe inmediato lo ocurrido.



Diríjase al servicio de Urgencias del Hospital.



Diligencie el formato de reporte, que le entregarán en el servicio.

Reporte el accidente en:



La oficina de Salud Ocupacional Teléfono: 7493500 Ext. 245 E-mail: socupacional@hospitalquindio.gov.co



Reclame medicamentos donde le indique su asegurador

GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



El Sistema de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres participa activamente, en los componentes de la prevención, la preparación y la respuesta frente a situaciones de emergencias y desastres.

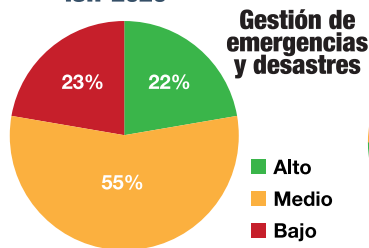
La E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios adoptó bajo la Resolución 0418 del 12 de Abril de 2021, el modelo de administración de emergencias y desastres de Sistema **Comando de Incidentes Hospitalario SCI-H de la USAID-BHA** y la OPS.

La institución aumentó en la calificación del Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), pasando del 22%, al 77% (alto), en el componente de Gestión de Emergencias y

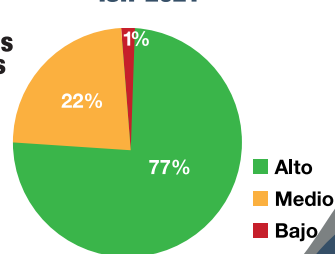
Desastres del Programa Hospitales Seguros frente a Desastres. El Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), ocupa un lugar central en las iniciativas locales, nacionales y mundiales para mejorar el funcionamiento de los hospitales durante las emergencias y los desastres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido y apoyado este objetivo durante más de 25 años.

Índice de Seguridad Hospitalaria ISH-2020



Índice de Seguridad Hospitalaria ISH-2021



VINCÚLATE A LA BRIGADA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL

CÓDIGO ALERTA

1

SILBATO CORTO

Suspender actividades, estar atentos y pendientes.

2

SILBATOS LARGOS (Emergencia Interna)

Emergencia interna (alguien requiere ayuda).

3

SILBATOS LARGOS CONSECUTIVOS

¡EVACUACIÓN! Seguir indicaciones de los brigadistas y líderes de evacuación.

PUNTOS DE ENCUENTRO

El Hospital cuenta con 3 Puntos de Encuentro, ubicados en la zona de los parqueaderos:

- Punto de encuentro ala norte
- Punto de encuentro ala sur
- Punto de encuentro Consulta Externa



SEGREGACIÓN DE RESIDUOS:

La E.S.E. Hospital tiene implementado la segregación de residuos así:



Bolsa de Solución Salina



Aprovechables



No Aprovechables



Orgánicos Aprovechables

Se realiza educación ambiental a pacientes, acompañantes, colaboradores y personal de los tercerizados, explicándoles cómo se clasifican los residuos y dónde se depositan, lo que ha permitido mitigar la contaminación y aumentar el volumen de residuos aprovechables generados por la institución.



Químicos



Peligrosos



Presurizado



Tapas Plásticas

EJE GESTIÓN DEL RIESGO



CALIDAD DEL AGUA SUMINISTRADA PARA CONSUMO HUMANO:

Garantizamos el suministro del agua por medio de tanques de almacenamiento con capacidad total de 280.000 litros, se realiza una prueba semestral de la calidad del agua para consumo humano de acuerdo a la resolución 2115 de 2007, pruebas diarias de pH, cloro residual y mantenimiento de tanques de almacenamiento de manera trimestral.



CONTROL DE PLAGAS Y VECTORES:

Se realiza mediante controles químicos y físicos, para prevenir la transmisión de enfermedades por este medio a toda la comunidad hospitalaria.



COMPONENTE FORESTAL:

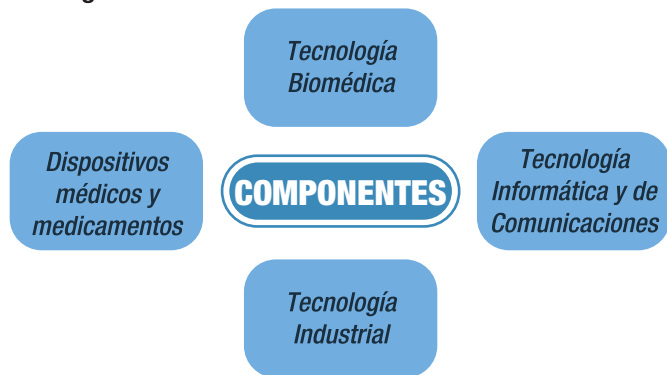
Las zonas verdes y sendero ecológico son lugares de embellecimiento y riqueza natural de la institución, al igual que se convierte en un componente de control mediante mantenimiento, evitando riesgos, tanto a los transeúntes como a la infraestructura.



EJE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

Se contemplan los riesgos, barreras y adicionalmente, se articula de forma transversal con los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia, los cuales aportan para la consecución del mejoramiento continuo a través del perfeccionamiento del ciclo de gestión de cada tecnología.



EJE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



CONTAMOS CON 6 INDICADORES TRAZADORES DEL EJE:

- ◆ Porcentaje de ejecución del plan anual de adquisiciones - sistemas información.

2020 - 2021 - 2022
55% 43% 49%

- ◆ Porcentaje de eventos adversos presentados por el reúso de dispositivos médicos.

2020 - 2021 - 2022
0% 0% 0.04%

2020 - 2021 - 2022
93% 86% 98%

- ◆ Porcentaje de ejecución del plan de adquisiciones.

2021 - 2022
75% 75%

- ◆ Porcentaje de tickets atendidos dentro del tiempo de promesa.

LOGROS DEL EJE 2022

- ◆ Ingreso de tecnología a la E.S.E. bajo condiciones seguras y con listas de chequeo.
- ◆ Cumplimiento en un **100%**, de las capacitaciones dirigidas al personal en uso de tecnología.
- ◆ Promediamos un cumplimiento en mantenimiento preventivo de las tecnologías por encima del **95%**.

- ◆ Porcentaje cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo.

2020 - 2021 - 2022
90% 97% 97%

2020 - 2021 - 2022
0% 0% 0%

- ◆ Porcentaje de ataques informáticos efectivos.

SOMOS AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE

Promovemos la adecuada disposición final de las tecnología en desuso y residuos de aparatos eléctricos y electrónicos, con empresas especializadas y avaladas por la autoridad ambiental, quienes realizan aprovechamiento de los componentes que pueden reincorporarse al ciclo productivo y disposición final adecuada de los componentes peligrosos.

Incentivamos en nuestros colaboradores y usuarios realizar una adecuada disposición final, de pilas y baterías por medio de puntos de recolección, ubicados en los servicios asistenciales, administrativo y al ingreso de la institución.



EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL



Lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades, en el particular y la sociedad en general.

Asumimos el compromiso voluntario y decidido de contribuir con acciones concretas al mejoramiento integral de las condiciones de vida de la población.



Mediante nuestro Plan Estratégico de Responsabilidad Social, implementamos estrategias que mitigan el impacto que genera la actividad del Hospital en la sociedad y el entorno, mediante una adecuada gestión de los riesgos ambientales, sociales y de gobernanza.



ÁREAS DE INTERÉS



EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL



ESTADO

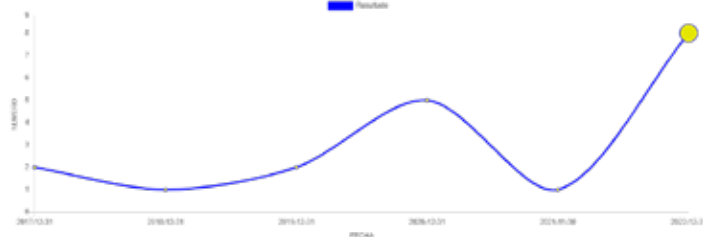
Cumplir con todos los criterios y condiciones básicas, para prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad para asegurar que los servicios se presten en condiciones que minimicen los riesgos de seguridad para el paciente.

- **Garantía de espacios formativos:** Fortalecer los programas educativos de los convenios docente - asistenciales para los programas de medicina, enfermería, ingeniería biomédica, entre otros; garantizando el acompañamiento en la formación integral del estudiante.

- **Investigación:** Desarrolla convocatoria interna, para la presentación de proyectos de investigación clínica, sobre áreas temáticas y lineamientos priorizados por las líneas de investigaciones activas y avaladas por la E.S.E.

PUBLICACIONES EN REVISTAS INDEXADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
SUBPROCESO: INVESTIGACIÓN

Fuente: TUCI virtual
Periodicidad: Anual



La producción investigativa que han realizado los integrantes del Grupo de Investigación Clínica, se ha fortalecido a través de la publicación de artículos en revistas científicas de alto impacto, tanto a nivel nacional como internacional.

- Línea gestión de anestesiología y medicina perioperatoria.
- Línea de investigación en la población infantil.
- Línea de enfermedades en el adulto y el adulto mayor.
- Línea de ginecoobstetricia.
- Línea de cirugía general.
- Línea de infecciones.
- Línea de gestión de la calidad.
- Línea de neurología y enfermedades del sistema nervioso.



MEDIO AMBIENTE

Prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales negativos generados por la prestación de los servicios de salud y promover la responsabilidad ambiental en la comunidad hospitalaria.

- **Sendero ecológico:** cuidado y conservación de sendero ecológico aledaño al Hospital y un tramo de la microcuenca La Florida.
- **Educación ambiental:** mediante herramientas educativas, capacitaciones, campañas como ***“Yo cuido mi hospital como cuido mi casa”*** y señalización visual con el fin de prevenir y reducir los impactos ambientales generados por la prestación del servicio.

EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL



COMUNIDAD Y SOCIEDAD

El cliente interno de la institución debe dar lo mejor de sí, para poner al servicio de la comunidad su conocimiento científico y valores humanísticos para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

- **Foro con Responsabilidad Social:** foros presenciales y/o virtuales en temas de desarrollo de este sector, fortaleciendo la solución de problemas en salud de nuestra región.



CLIENTES Y CONSUMIDORES

- **Tejiendo amor para nuestros usuarios más chiquitos:** acompañamiento a través de un pulpo tejido en crochet, que brinda tranquilidad en la incubadora, a los bebés de la Unidad Neonatal.
- **Ludobiblioteca:** espacio lúdico - literario, para hacer más agradable la estancia de los pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría.

100%
DE SATISFACCIÓN 2022



PROVEEDORES

- **Plan de trabajo conjunto:** retroalimentación a proveedores, tanto en sus fortalezas como en sus debilidades en materia legal, cumplimiento de sus actividades, responsabilidad social y sostenibilidad.
- **Exaltación de experiencias exitosas:** promover a través de plan institucional de capacitaciones, de bienestar laboral y de incentivos el desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas, valores, actitudes y aptitudes.



JUNTA DIRECTIVA

Capacitación:

- Generalidades del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y aprobación del cronograma.
- Modelo de atención SOICAFE.
- Programa de Humanización.
- Aseguramiento de la calidad (comités, programas, equipos de mejoramiento).

EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL



INSTITUCIONES DE SALUD AMIGAS



Compartir experiencias exitosas con otras instituciones de salud (públicas y privadas), entre los que se resalta la gestión ambiental, la atención centrada en el paciente, el programa de Humanización, responsabilidad social, entre otras.



COLABORADORES



Direccionamiento unificado del talento humano acorde al Plan de Gestión, para asegurar el desarrollo integral de las competencias individuales y organizacionales de los colaboradores del Hospital en el marco de la Acreditación en Salud.

ESTRATEGIAS: CREADAS PARA LOS COLABORADORES

● Programa de Humanización

Cimentar puntos clave para la cultura de la humanización organizacional y lograr que las relaciones que los clientes internos viven y construyen, aporten a su desarrollo en todos los aspectos del ser. Para esto, contamos con el programa de Humanización DA-DE-DI-DO-DU, entretejiendo nuestra filosofía y direccionamiento estratégico con estándares de calidad.

● Plan de Bienestar Laboral

(capacitaciones – bienestar – incentivos)

Promover a través de plan institucional de capacitaciones, de bienestar laboral y de incentivos, el desarrollo de conocimientos, habilidades, destrezas, valores, actitudes y aptitudes del capital humano, para fortalecer estrategias de

desarrollo organizacional que ayuden en la transformación cultural, en el mejoramiento del clima laboral y la satisfacción del cliente interno.



En la atención a nuestros usuarios se busca identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades, para esto nos basamos en nuestro Modelo de Atención SOICAFAE.

¿QUÉ PRETENDE EL MODELO DE ATENCIÓN EN NUESTRA INSTITUCIÓN?

Que nuestros pacientes y sus familias sean atendidos:

- De manera segura.
- Con oportunidad en la atención.
- Estando bien informados en el proceso de atención.
- Con calidez.
- Con amabilidad.
- Haciendo buen uso de los recursos.
- Con enfoque de mejora, es decir, analizando el comportamiento de lo que sucede a través de la medición de indicadores y proponiendo mejoras.

SOICAFAE
modelo de atención

¿QUÉ SIGNIFICA EL MODELO DE ATENCIÓN?

SEGURIDAD

Aplicar buenas prácticas de seguridad del paciente para evitar la presentación de daños evitables, durante el proceso de atención.

OPORTUNIDAD

Tiempo que tardamos en prestar los servicios asistenciales o dar respuesta a los requerimientos administrativos para prestar un buen servicio.

INFORMACIÓN

La información que se brinda al paciente y la familia cuando entramos en contacto con ellos, se realiza mediante el protocolo de bienvenida y protocolo de información médica.

CALIDEZ

Se expresa cada vez, que se entra en contacto con el paciente, preguntándole ¿cómo está? ¿necesita algo? y resolviendo oportunamente las necesidades del servicio.

AMABILIDAD

Se expresa cada vez, que se entra en contacto con el paciente: saludándolo, presentándonos, mirándolo a los ojos, sonriendo y escuchándolo.

FINANCIERAMENTE SOSTENIBLE

Uso racional y responsable de los recursos institucionales para evitar desperdicios y maximizar los beneficios en favor del Hospital.

ENFOQUE DE MEJORAMIENTO

Participación del cliente interno en los procesos de resultado de los servicios y las acciones de mejoramiento que se deriven de estos.



DESARROLLO DE APLICATIVOS

- **Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI):** Consolidación y análisis de indicadores a través de gráficas con tendencias.
- **Plan Único de Mejora por Proceso (PUMP):** Integración, control y seguimiento de las oportunidades de mejora por proceso.
- **Sistema Institucional de Gestión Integral de Riesgos (SIGIR):** Identificación, gestión y seguimiento de riesgos institucionales.
- **Sistema Integrado de Reporte de Incidentes (SIRI):** Administra y hace seguimiento a las solicitudes



de información, reporte de daños e incidentes que ocurren al interior de la institución.

- **Planes Operativos Anuales (POA):** Acciones que van a desarrollar los procesos institucionales para materializar el Plan de Desarrollo, de acuerdo a cada vigencia.
- **Aula Virtual San Juan:** Plataforma de enseñanza virtual, que permite la capacitación y certificación de conocimientos relacionados con salud.

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

DATOS DE INTERÉS DEL PROCESO SIAU:

Promedio de PQRSF		
	2021	2022
Peticiones	91	6
Quejas	390	679
Reclamos	82	
Sugerencias	35	77
Felicitaciones	886	1.083

Durante todo el 2022, nuestras felicitaciones estuvieron en la **calificación de éxito**



1. Se logra obtener a diciembre, un 97% de P.Q.R.S.F. cerradas, dando cumplimiento a los tiempos establecidos según la Ley 1755 de 2.015.
2. Se ajustaron los formatos de P.Q.R.S.F, con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.
3. Se fortalece la difusión de los derechos y deberes, actualizando lo vinilos por servicio con contenido de enfoque diferencial.
4. Se generaron las estrategias, que le permiten al usuario hacer uso de los diferentes canales para radicar sus P.Q.R.S.F

ENFOQUES PARA LA MEJORA INSTITUCIONAL vigencia 2022



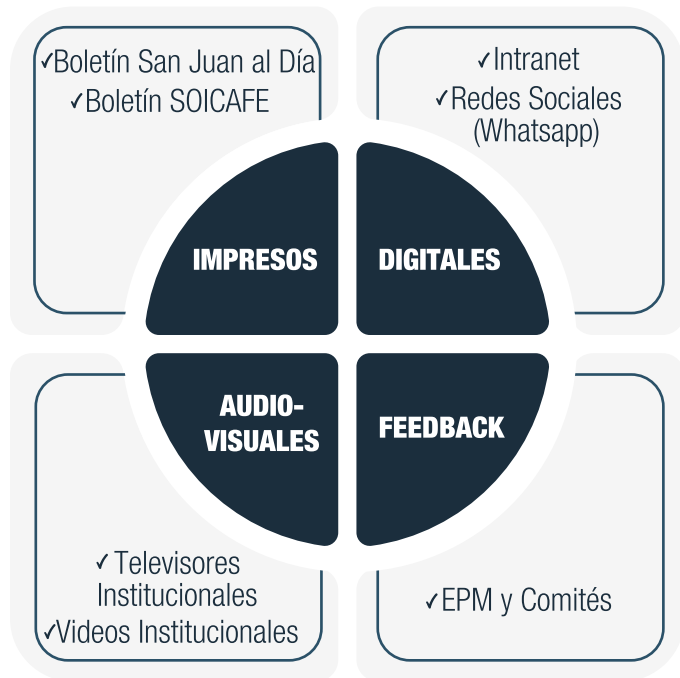
- Apropiación por parte de líderes de procesos del cumplimiento de las acciones de mejora del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC.
- Cumplimiento del cronograma establecido en el seguimiento de la OM PAMEC, donde se alcanza la cobertura esperada.
- Disponibilidad inmediata de la información recolectada en el PUMP.
- Fortalecimiento del eje de acreditación de Transformación Cultural.
- Fortalecimiento del eje de acreditación de Humanización.
- Eficiencia en el tiempo de autoevaluación de estándares de acreditación.

EJE DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL



- Capacitación de los equipos de autoevaluación en relación al uso de la hoja radar y la metodología de autoevaluación.
- Fortalecimiento de los paquetes instruccionales.
- Cumplimiento del cronograma establecido y la cobertura esperada en la oportunidad de ejecución de la autoevaluación - vigencia 2022.
- Disponibilidad inmediata de la información recolectada durante el proceso de autoevaluación vigencia 2022, gracias a la utilización de los formularios google.
- Eficiencia en el tiempo de autoevaluación de los estándares de acreditación.
- Fortalecimiento del proceso de contratación del talento humano en salud, en especialidades como Anestesiología y Ginecoobstetricia.
- Mejoramiento de la infraestructura institucional (servicios de Maternidad y Hospitalización).
- Fortalecimiento en el diligenciamiento de la historia clínica y registros por obligatoriedad, incorporación de módulos (seguimiento a pacientes, reconciliación medicamentosas).
- Fortalecimiento de la estrategia Parto Humanizado.
- Actualización del instructivo TUCI.
- Actualización fichas de cambio de indicadores.

NUESTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN



**Plan Estratégico de Comunicación
en Salud (PECOS).**

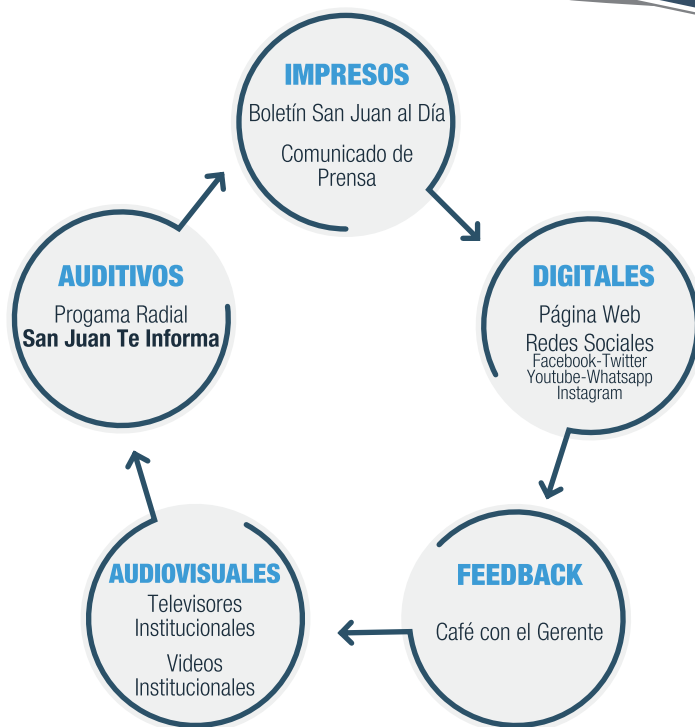
**COMUNICACIÓN
INTERNA**

NUESTROS MEDIOS DE COMUNICACIÓN



Plan Estratégico de Comunicación en Salud (PECOS).

COMUNICACIÓN EXTERNA



PORTAFOLIO DE SERVICIOS



SERVICIOS DE APOYO APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO:



**RADIOLOGÍA E IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS**



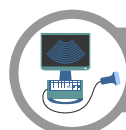
**BANCO DE SANGRE
Y AFÉRESIS**



**LABORATORIO CLÍNICO
Y DE PATOLOGÍA**



**DIAGNÓSTICO
CARDIOVASCULAR**



ULTRASONIDO



**TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN**



**ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**



**NEUMOLOGÍA,
FIBROBRONCOSCOPIA**



**TRANSFUSIÓN
SANGUÍNEA**

PRODUCCIÓN ANUAL PROMEDIO 2022



19.289
Cirugías



489.692
Exámenes
de laboratorio



3.164
Partos



28.202
Consultas
Especializadas



12.616
Ecografías



18.330
Egresos



70.305
Consultas por
Urgencias



77.640
Tomografías
y Radiologías

UBICACIÓN POR PISO



S

- ▶ Infra. y Mantenimiento
- ▶ Suministros y Almacén
- ▶ Alimentación
- ▶ Lavandería
- ▶ Servicio Farmacéutico
- ▶ Urgencias Adultos
- ▶ Salud Mental

1

- ▶ Capilla
- ▶ Talento Humano
- ▶ Comunicaciones
- ▶ Patología
- ▶ Banco de Sangre
- ▶ Tesorería
- ▶ Auditores Externos
- ▶ Trabajo Social
- ▶ Laboratorio Clínico
- ▶ Unidad Recién Nacidos
- ▶ Atención al Usuario
- ▶ Gestión Documental
- ▶ Radiología
- ▶ Oficina de Apoyo Diagnóstico

2

- ▶ Gerencia
- ▶ Subgerencia Administrativa
- ▶ Jurídica
- ▶ Cirugía
- ▶ Central de Esterilización
- ▶ Endoscopias
- ▶ UCI Adultos

3

- ▶ Sala de Partos
- ▶ Hospitalización Maternidad
- ▶ Lactario
- ▶ Vacunación
- ▶ Urgencias Pediatría
- ▶ Hospitalización Pediatría

UBICACIÓN POR PISO

4

- ▶ Hospitalización piso 4

5

- ▶ Hospitalización Quirúrgicas
- ▶ Facturación
- ▶ Recaudo
- ▶ Contabilidad
- ▶ Costos
- ▶ Presupuesto
- ▶ Planeación y Calidad
- ▶ Humanización
- ▶ Control Interno
- ▶ Subgerencia Asistencial
- ▶ Coordinación Hospitalización
- ▶ Epidemiología
- ▶ Fondo de Empleados
- ▶ Recursos Físicos
- ▶ Gestión Clínica

6

- ▶ Hospitalización Medicina Interna
- ▶ Estancia Especial

7

- ▶ Docencia e Investigación
- ▶ Bienestar
- ▶ Auditorio
- ▶ Salones
- ▶ Gestión de la Información
- ▶ Ingeniería Biomédica

ZONA ALTERNA

- ▶ Consulta Externa
- ▶ Fisioterapia



Elaborado por:

E.S.E. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Edición, Diseño y Diagramación

Oficina de Comunicaciones



'El hospital de todos'

Acreditación en Salud,
un esfuerzo institucional
para seguir prestando servicios
de ***calidad y humanizados,***
a todos los quindianos.

