

MATERIAL DE ESTUDIO ACREDITACIÓN 2021

ESTE MATERIAL PERTENECE A: _____

MACROPROCESO AL QUE PERTENECE: _____

PROCESO AL QUE PERTENECE: _____

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La ESE HUS cuenta con una plataforma estratégica que define y direcciona los lineamientos organizacionales en: la misión, visión, objetivos, principios, valores, mapa de procesos y políticas institucionales.

¿Cuál es la MISIÓN de la ESE HUS?

RTA: Somos la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, institución que **presta Servicios de Salud Integrales de mediana y alta complejidad** en las modalidades ambulatoria e internación, **brindando atención humanizada, segura y eficiente** con tecnología adecuada, basada en criterios éticos, científicos con talento humano calificado; **fortaleciendo la formación académica orientada a la investigación e innovación**, enmarcados en valores de honestidad, responsabilidad y respeto, para **satisfacer las necesidades del usuario, la familia y su entorno.**

¿Cuál es la VISIÓN de la ESE HUS?

RTA: Para el año 2022 la ESE Hospital Universitario de Santander será la **institución pública líder en la prestación de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad** reconocida por su calidad, excelencia, competitividad, sostenibilidad financiera y formación del talento humano en salud, actuando con responsabilidad social, generando conocimiento e innovación, comprometidos con el medio ambiente y el mejoramiento continuo del estado de la salud de la población

¿Cuáles son nuestros principios?

Compromiso Social
Excelencia
Trabajo en equipo
Transparencia

¿Cuáles son nuestros Valores?

Honestidad
Respeto
Compromiso
Responsabilidad
Solidaridad

¿Cuál es su aporte a la misión y visión institucional?

¿Conoce nuestro Mapa de procesos?

El **Mapa de Procesos** institucional está definido como un diagrama de valor que representa los procesos de la organización en forma interrelacionada.

Los **Macroprocesos** son el conjunto de procesos agrupados y relacionados entre sí, que contribuyen al logro de objetivos institucionales.

Contamos con **18** macroprocesos

Un **Proceso** es el conjunto de actividades y recursos que transforman los elementos de entrada en elementos de salida aportando valor para el usuario.

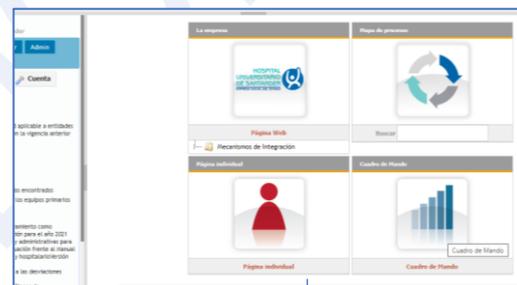
Contamos con **45** procesos.

¿Dónde encontramos el mapa de procesos institucional?

1. Ingresar a ALMERA

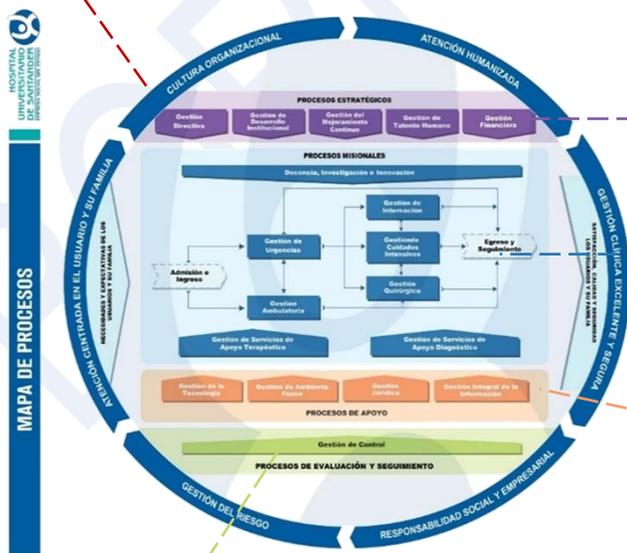


2. A la derecha se encuentra el mapa de procesos de la organización



Rodeando el mapa de procesos se encuentran los **Ejes trazadores**, con los que se fundamenta el Sistema único de acreditación.

3. Identifique los elementos que tiene nuestro mapa de procesos



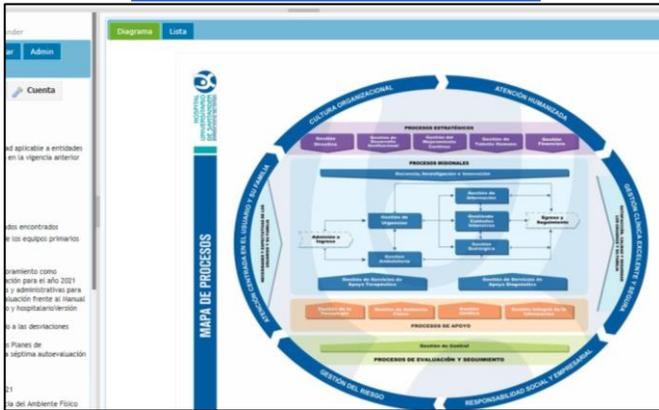
Los procesos **Estratégicos** orientan a la E.S.E. HUS, hacia el logro del direccionamiento estratégico.

Los procesos **Misionales** permiten el cumplimiento del objeto social, la misión o la razón de ser de la E.S.E. HUS.

Los procesos de **Apoyo** proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los demás procesos de la E.S.E. HUS.

El macroproceso de **evaluación** ejerce control y seguimiento permanente sobre el desarrollo de todos los procesos de la E.S.E. HUS.

4. Encontramos los **18 Macro**
procesos de la institución.



5. Al dar clic en el macroproceso, se
encuentran los **procesos** pertenecientes al
macroproceso identificado

Sistemas | Buscar | Admin

Personal | Cuenta

General | Riesgos | Medición | Planes de mejora | Historial

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

E.S.E Hospital Univ
MacroProceso: GESTIÓN D

Estratégico | Misional | Apoyo

Responsable

Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Nivel Asesor)

Procesos

GDI-COM-CP-01 - Comunicación
GDI-MER-CP-01 - Mercadeo
GDI-PLA-CP-01 - Planeación

Entradas y salidas

¡PARA COMPLETAR!

El macroproceso al que yo pertenezco es:

El proceso al que yo pertenezco es:

Actividad de apareamiento

Identifique el objetivo estratégico que se articula con su proceso
(como lo señala el ejemplo)

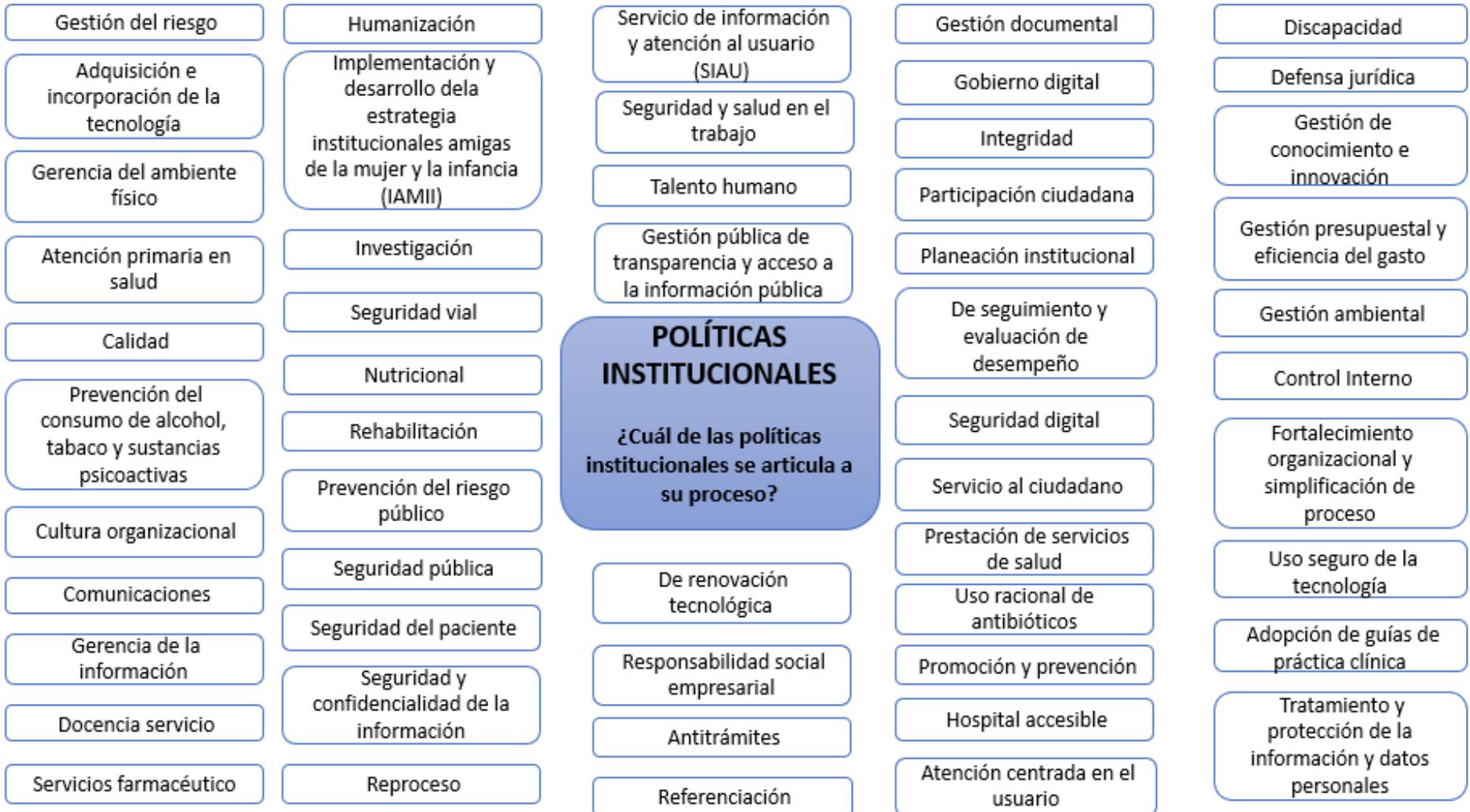
PROCESOS

| |
|------------------------------------|
| Gestión Directiva |
| Comunicación |
| Planeación |
| Mercadeo |
| Gestión de Calidad |
| Sistema de Información del Usuario |
| Planeación del Talento Humano |
| Ingreso del Talento Humano |
| Desarrollo del Talento Humano |
| Retiro del Talento Humano |
| Presupuesto |
| Contabilidad |
| Costos |
| Facturación |
| Cartera |
| Tesorería |
| Investigación |
| Docencia - Servicio |
| Gestión de urgencias |
| Hospitalización |
| Infectología |

| OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | | |
|------------------------|---|---|
| 1 | Mejorar la percepción y la confianza de los grupos en la gestión institucional | 1 |
| 2 | Mejorar la integralidad y resolutivez en la prestación de los servicios de salud | 2 |
| 3 | Aportar a la solución de problemas de salud de mediana y alta complejidad mediante la generación de conocimiento y la innovación. | 3 |
| 4 | Alcanzar Estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud | 4 |
| 5 | Modernizar la infraestructura física y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud. | 5 |
| 6 | Obtener el compromiso del Talento Humano con el mejoramiento continuo y las atenciones seguras. | 6 |
| 7 | Mejorar eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos financieros, que permitan la sostenibilidad financiera y la competitividad de la ESE. | 7 |

PROCESOS

| |
|---|
| Gestión de Cuidados Intensivos |
| Gestión Quirúrgica |
| Esterilización |
| Consulta Externa |
| Oncología |
| Imagenología |
| Patología |
| Apoyo Diagnóstico Especializado |
| Laboratorio Clínico |
| Rehabilitación |
| Farmacia |
| Nutrición |
| Hemocentro |
| Gestión de la Tecnología |
| Servicios Básicos |
| Infraestructura |
| Gestión Ambiental |
| Dotación e insumos |
| Gestión Documental |
| Sistemas de Información |
| Gerencia de la Información |
| Adquisición de Bienes, Servicios y Obra |
| Defensa Judicial y Extrajudicial |
| Control Interno |



¿Cómo es se encuentra conformada la estructura organizacional en la ESE HUS?



¿Quiénes integran la Junta Directiva de la ESE HUS?

| Nombre | Cargo | Profesión |
|---------------------------------|---|-----------------------|
| Mauricio Aguilar Hurtado | Gobernador de Santander, Representante del Estamento Político - Administrativo | Ingeniero Industrial |
| Javier Alonso Villamizar Suarez | Secretario de Salud de Santander, Representante del Estamento Político - Administrativo | Bacteriólogo |
| Hernán Porras Díaz | Rector de la Universidad Industrial de Santander, Representante del Estamento Político - Administrativo | Ingeniero Civil |
| Marisela Márquez Herrera | Subgerente de Servicios de Enfermería, Representante del Estamento Científico de la E.S.E HUS | Enfermera |
| Genny Liliana Meléndez Flórez | Representante del Estamento Científico Externo | Médico cirujano |
| Pánfilo Ernesto Niño Velasco | Representante de los usuarios | Tecnólogo en sistemas |
| Vacante | Representante Gremio | |
| Vacante | Representante Estamento Científico de los gremios | |

GENERALIDADES

¿Qué es acreditación en salud?

RTA: Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna orientado a garantizar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.

Teniendo en cuenta el **Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1**. ¿Cuáles son los Grupos de estándares?

| | |
|----------------------|--|
| Estándar Asistencial | 1. Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) |
| Estándares de Apoyo | 2. Direccionamiento 3. Gerencia 4. Gerencia del Talento Humano 5. Gerencia de la información 6. Gerencia del ambiente físico 7. Gestión de la tecnología. |
| Estándar transversal | 8. Mejoramiento de la Calidad. |

¿En qué ciclo de Autoevaluación nos encontramos?

| AÑO | Ciclo |
|------|---------------|
| 2018 | Cuarto ciclo |
| 2019 | Quinto ciclo |
| 2020 | Sexto ciclo |
| 2021 | Séptimo ciclo |
| 2022 | Octavo ciclo |

Para completar:

El Grupo de estándar al que pertenezco es:

Teniendo en cuenta el Manual de Acreditación en Salud
Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3,1.

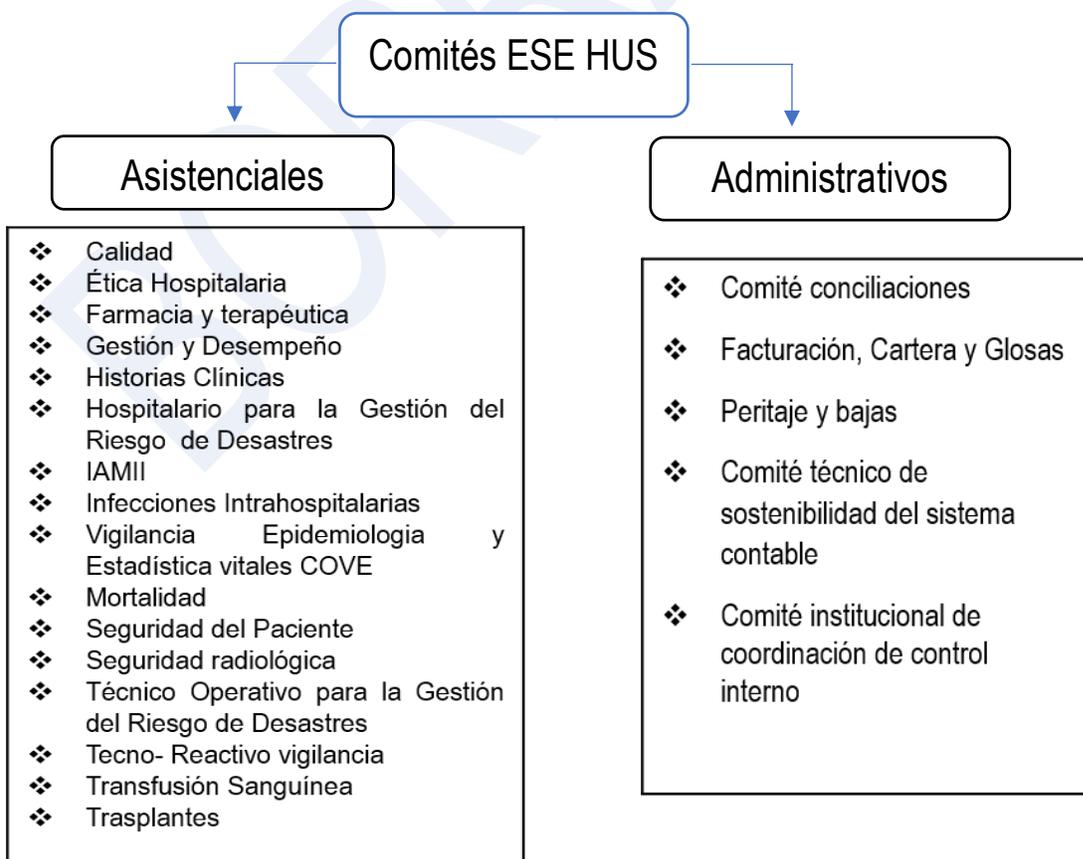
¿Cuáles son los ejes trazadores con los que nos fundamentamos?



Para completar

¿Cuál ha sido el aporte desde su proceso al mantenimiento de los ejes transversales de acreditación?

¿Cuáles son los comités institucionales?



¿Cuál es la estructura de mejoramiento continuo en la institución?

RTA: En la ESE-HUS se tienen establecidos los Equipos de Mejoramiento Institucional orientados a planear, implementar, monitorizar el cumplimiento de las oportunidades de mejora.

| EQUIPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | OBJETIVO | INTEGRANTES |
|--|--|---|
|  | <p>Planear, implementar, monitorear, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 156, 157, 158, 159 Y 160 .</p> | <p>Subgerentes Líderes de Grupos de estándares. Líderes de procesos Coordinadora Acreditación Profesional PAMEC</p> |
| | <p>Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional</p> | <p>Líderes de los Equipos Primarios de Mejoramiento</p> |
| | <p>Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.</p> | <p>Personal operativo y líderes de los diferentes servicios y procesos.</p> |

Eje Atención Centrada en el Paciente

¿Cuál es la política de atención centrada en el paciente?

RTA: El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen a:

Tener como **centro de acción los requerimientos de los ciudadanos, aplicando los derechos y deberes**, superando las barreras de comunicación, generando confianza de los usuarios y su familia, **estableciendo un modelo de atención en salud centrado en el usuario**, respondiendo de forma digna, razonable y oportuna a las necesidades y expectativas, logrando la satisfacción, el

mantenimiento y/o la recuperación de su salud y la fidelización del usuario de la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

¿Cuál ha sido el cumplimiento de la política de atención centrada en el usuario?

RTA: El cumplimiento a la política durante los últimos tres años ha sido:

| 2019 | 2020 | 2021 |
|------|------|------|
| 100% | 100% | 100% |

¿Cuáles son los derechos del paciente?

En la **ESE Hospital Universitario de Santander** los usuarios, familiares y acompañantes durante la atención en salud **tiene el derecho a:**



| | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|
| | Atención en salud con criterios de seguridad, pertinencia, oportunidad, continuidad, de acuerdo a las necesidades identificadas. | | Participar o no en investigación ante la condición de hospital universitario. |
| | Atención en programas específicos sin interrupción, teniendo en cuenta los medios y recursos disponibles | SOLICITAR | |
| | Atención que promueva la vivencia plena de su salud sexual y reproductiva. | | Una segunda opinión médica cuando las circunstancias de la enfermedad lo requieran. |
| DAR O NEGAR | | TENER AUTONOMIA | |
| | Su autorización al plan de tratamiento a través del consentimiento y/o asentimiento de manera informada, autónoma y a conocer las consecuencias de no aceptarlo. | | Y libre determinación de donar o recibir órganos y tejidos. |
| RECIBIR | | CONOCER | |
| | Trato humanizado, respetuoso y digno sin discriminación. | | La cobertura de su atención, normas institucionales y horarios de visitas. |
| | Información completa, oportuna, comprensible, veraz y permanente sobre su situación de salud. | | El procedimiento para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones. |
| | Manejo integral del dolor así como solicitar o rechazar apoyo psicológico, espiritual o religioso. | ACCEDER | |
| | A los servicios sin barreras y en caso de urgencia recibir atención inmediata, continua e integral. | ELEGIR | |
| | El talento humano que hará parte de la atención en salud. | CONTAR | |
| | Morir dignamente sin sufrimiento con los cuidados paliativos necesarios y la conducta médica apropiada. | | Con espacios accesibles y señalizados dentro de la institución, que faciliten la movilidad de acuerdo a su condición de salud. |

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Por una atención en salud humanizada, segura y sostenible

¿Cuáles son los deberes del paciente?

BRINDAR

Información confiable sobre su estado de salud, conductas de riesgo, enfermedades diagnosticadas y tratamiento actual.

Trato digno, amable y humanizado al personal de la institución, visitantes y pacientes.

RESPECTAR

Al personal de la institución, visitantes y pacientes.

COMPROMETERSE

Con el autocuidado en los aspectos físico, mental, emocional, social y espiritual adoptando estilos de vida saludable de acuerdo a su condición de salud.

DEBERES

En la ESE Hospital Universitario de Santander los usuarios, familiares y acompañantes durante la atención en salud *tiene el deber de:*

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Por una atención en salud
Humanizada, Segura y Sostenible

A cuidar los elementos y equipos del hospital, haciendo uso adecuado de las áreas, respetando las zonas de acceso restringido y de aislamiento, cumpliendo con las normas y los horarios establecidos.

A realizar el trámite de registro civil y la afiliación en salud de los recién nacidos y menores de edad a su cargo.

CUMPLIR

Las medidas de bioseguridad establecidas por la institución.

Con el tratamiento, medidas de rehabilitación y las recomendaciones del equipo interdisciplinario.

Con el aporte económico generado por la atención en salud recibida, según corresponda a su cobertura.

De forma puntual con la programación de citas y procedimientos solicitados e informar en caso de no poder asistir, según procedimiento institucional.

¿Cuál ha sido la satisfacción global de nuestros usuarios?

| 2020 | 2021 |
|--------|--------|
| 93,52% | 94,14% |

¿Cuántas quejas se han presentado en la ESE HUS durante las últimas vigencias?

| 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------|------|------|------|
| 407 | 524 | 277 | 164 |

¿Cuáles son los canales de atención a través de los cuales el usuario puede presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones o sugerencias en la institución?

RTA: El usuario puede utilizar los diferentes canales de información establecidos en la institución entre los cuales se encuentran:

- **Presencial:** Escrito/verbal a entidad y radicación buzón de sugerencias
- **Telefónico:** A través de las líneas telefónicas asignadas.
- **virtual:** A través de correo institucional y página Web.
- **Escrito:** a través de correo postal o Buzón de sugerencias



¿Cuál es el canal de atención más utilizado por los usuarios para interponer una PQRSF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones)?

El canal de atención más utilizado por el usuario es, el buzón de sugerencias.



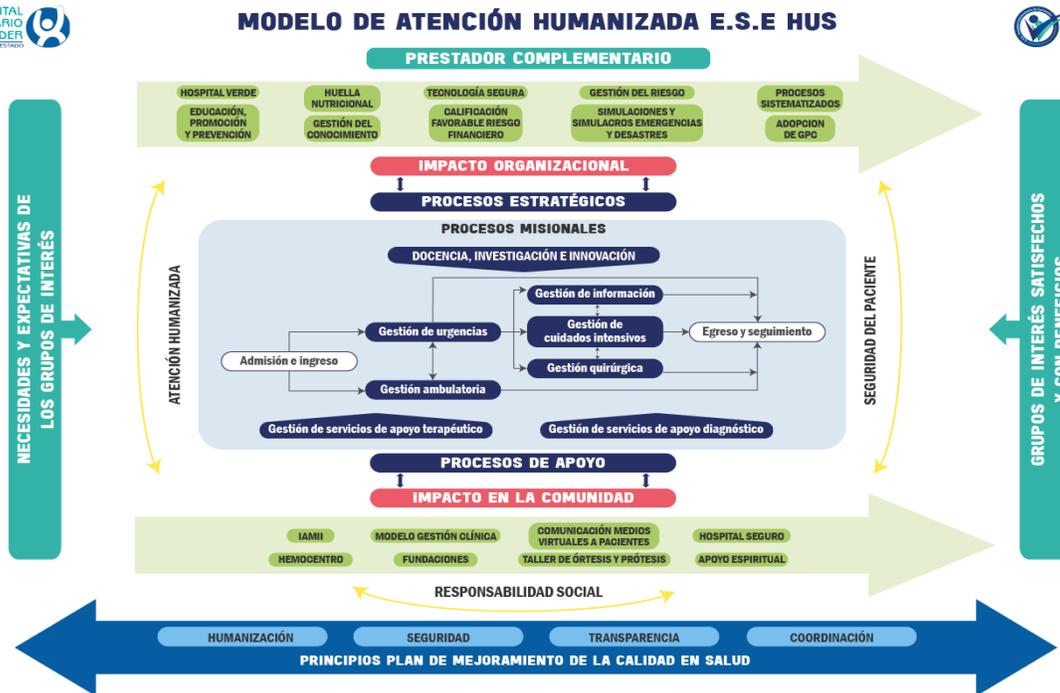
¿Cuánto es el tiempo de respuesta al usuario que interpone una PQR?

RTA: La institución tiene establecido los siguientes tiempos de respuesta:

| MANIFESTACION | TIEMPO DE RESPUESTA |
|---------------|-------------------------|
| QUEJA | Prioritaria (48 horas) |
| | No prioritaria (5 días) |
| RECLAMO | 15 días Hábiles |
| PETICIÓN | 15 días hábiles |
| SUGERENCIA | 15 días Hábiles |

¿Cuál es el Modelo de Prestación de servicios de la ESE HUS?

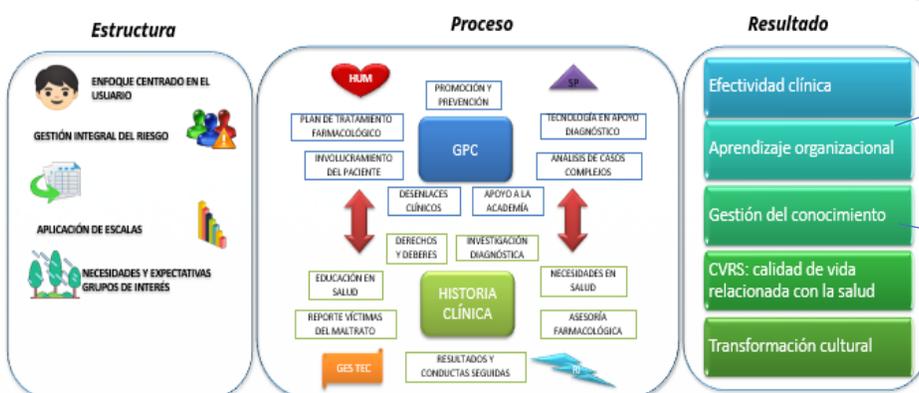
RTA: Presenta nuestro rol en el modelo de atención en salud del País, los servicios que prestamos y nuestro valor agregado.



¿Cuál es el objetivo del Modelo de Prestación de servicios de la ESE HUS?

RTA: Prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad a los usuarios y sus familias bajo estándares de atención segura y humanizada.

¿Cuál es el Modelo de Gestión Clínica en la ESE HUS?



RTA: Presenta como está planeada nuestra atención de cara a los usuarios, donde el énfasis es las Guías de Práctica Clínica y la Historia Clínica.

¿Cuál es el objetivo del Modelo de Gestión Clínica en la ESE HUS?

RTA: Garantizar el cumplimiento de las políticas, normas y procesos del área de gestión asistencial y administrativa a través de la atención segura, humanizada, pertinente, continua, oportuna, accesible y eficiente empleando talento humano calificado con tecnología adecuada.

EJE DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

¿Cuál es la política de Gestión integral del Riesgo?

RTA: El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen a gestionar los riesgos de los **15 sistemas** implementados en la E.S.E. HUS que pueden impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales, orientados a la toma de decisiones oportunas para minimizar efectos adversos al interior de la entidad.

¿Cuál ha sido el cumplimiento a la política de Gestión integral del Riesgo?

RTA: El cumplimiento a la política durante los últimos tres años ha sido:

| 2020 | 2021 |
|------|------|
| 100% | 100% |

¿Cuáles son los sistemas de gestión del riesgo que se implementan en la ESE HUS?

RTA: En la ESE HUS se tienen estructurados 15 Sistemas de Gestión del Riesgo.

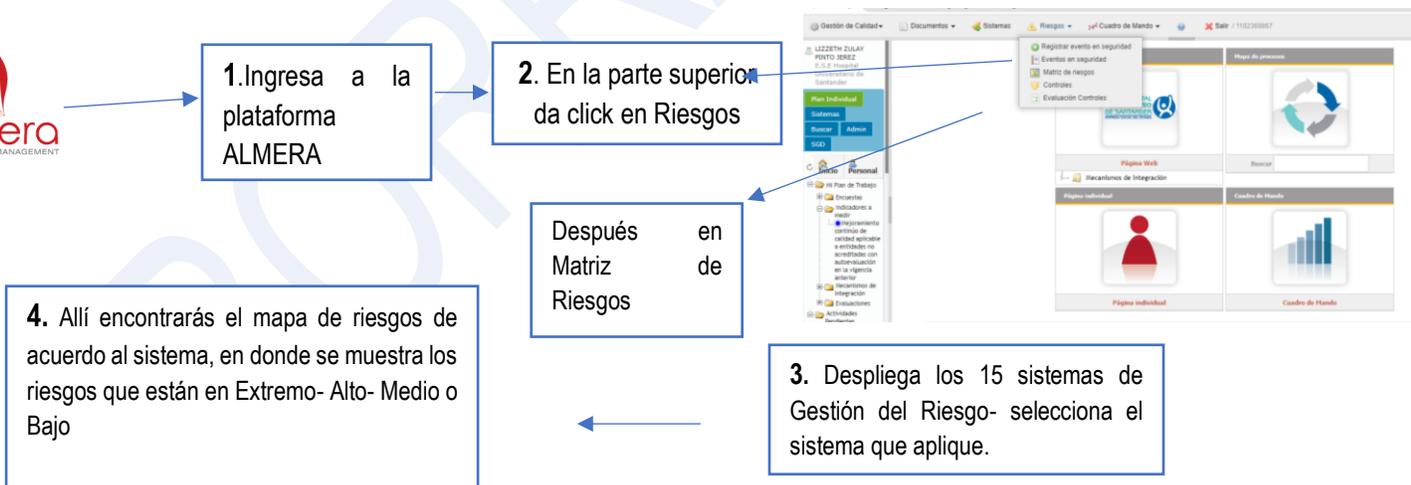


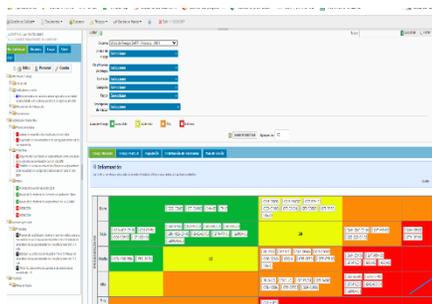
¿Cómo se gestionan los riesgos en la ESE HUS?

RTA: En la institución desde la plataforma institucional ALMERA, se realiza la gestión de los riesgos en cada uno de los 15 Sistemas de gestión del riesgo, siguiendo los pasos:

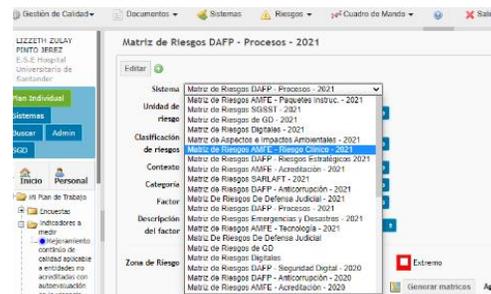


¿Cuál es la ruta para ubicar el mapa de riesgos institucional?





Vas a encontrar que los riesgos extremos son a los que se les establece Plan de acción para su mitigación



¿Qué normatividad y/o metodologías se implementan en la ESE HUS para la gestión del riesgo?

| METODOLOGÍA Y/ NORMATIVIDAD | SISTEMA |
|---|--|
| Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFF | <ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos de Procesos 2. Riesgos Anticorrupción 3. Riesgos Estratégicos 4. Riesgos SARLAFT |
| Análisis de Modo Falla y Efecto – AMFE | <ol style="list-style-type: none"> 5. Riesgos de Ejes de acreditación y estándares de acreditación. 6. Riesgos de Tecnovigilancia, Reactivovigilancia, Biovigilancia, Farmacovigilancia, Hemovigilancia. 7. Riesgos Clínicos 8. Riesgos de Paquetes instruccionales. |
| Normatividad según aplique Matriz ISO 31000, ISO 14001, GTC 45 y demás que le apliquen | <ol style="list-style-type: none"> 9. Riesgos Ambientales 10. Riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo 11. Riesgos de Braquiterapia 12. Riesgos de Emergencias y Desastres 13. Riesgo de Defensa jurídica 14. Riesgo de Gestión documental 15. Riesgo de Seguridad Digital, Datos Personales y Seguridad de la Información. |

!!! PARA COMPLETAR !!!

¿Qué sistema le aplica a su proceso y bajo qué normatividad y/o metodología?

Sistema que aplica:

Normatividad/ metodología:

Enuncie dos (2) riesgos en extremo que apliquen para su proceso, de acuerdo a los sistemas que le apliquen

1. _____
2. _____

PARA TENER EN CUENTA EN GESTIÓN DEL RIESGO:

| | | |
|---|---|---|
| <p>Probabilidad: La posibilidad de ocurrencia del riesgo. Estará asociada a la exposición al riesgo del proceso o actividad que se esté analizando.</p> | <p>Causa: Todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.</p> | <p>Consecuencia: Los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, y sus grupos de interés.</p> |
| <p>Impacto: Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.</p> | <p>Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.</p> | <p>Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos</p> |
| <p>Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos.</p> | <p>Riesgo Inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.</p> | <p>Riesgo Residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.</p> |

EJE DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

¿Cuál es la política de Responsabilidad social?

RTA: El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen a articular la responsabilidad social con el Direccionamiento Estratégico, **desarrollando acciones de mejoramiento social, económico con enfoque en sostenibilidad y conciencia ambiental**, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de los colaboradores, usuarios y su familia, mejorando la competitividad en el mercado.

¿Cuál ha sido el cumplimiento a la política de Responsabilidad social?

RTA: El cumplimiento a la política durante los últimos dos años ha sido:

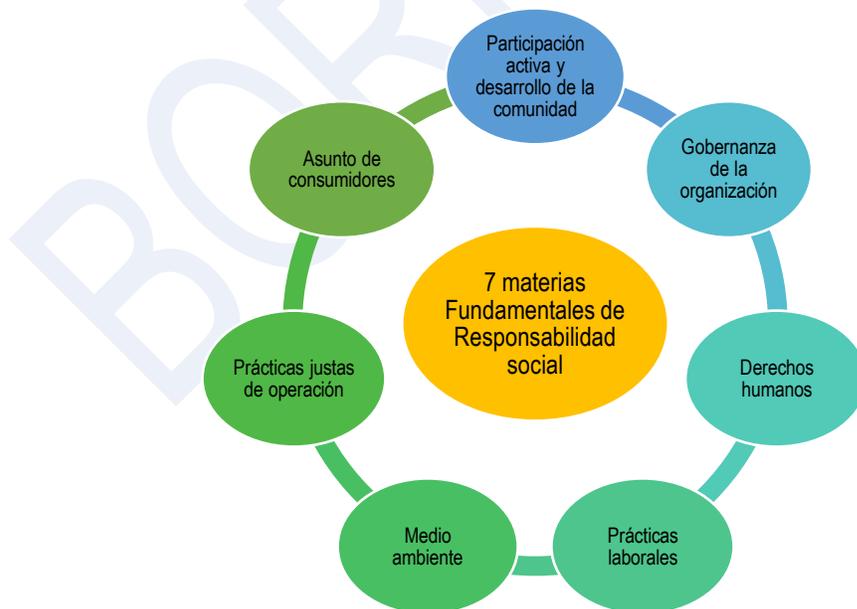
| 2020 | 2021 |
|-------|------|
| 71,6% | 92% |

¿Cuáles son los Grupos de interés identificados en la ESE HUS?

1. Junta Directiva.
2. Entes territoriales – Entes de control.
3. Entidades Administradora de Planes de Beneficios- EAPB.
4. Usuarios y familias.
5. Cliente interno (Talento humano HUS).
6. Instituciones de Educación Superior (IES).
7. Entidades sin ánimo de lucro.
8. Proveedores de bienes o servicios.
9. Medios de comunicación.

¿Cuáles son las siete (7) materias fundamentales de la Responsabilidad social?

RTA: Las 7 materias fundamentales de acuerdo a la ISO 26000: 2010 son:





¿Qué acciones se han implementado en la ESE HUS que contribuyan a mitigar problemas sociales o de salud en grupos poblacionales vulnerables?

- En la ESE HUS brindamos atención en salud a la población vulnerable, con enfoque diferencial y sin discriminación, atendiendo a la población inmigrante que llega a la región asegurando la prestación del servicio.
- Misión médica Milwaukee (Wisconsin), programa que beneficia a la población del Nororiente Colombiano con patologías relacionadas con malformaciones craneofaciales y de miembros superiores, secuelas de quemaduras y tratamientos de cáncer.
- Programa Madre canguro, una alternativa eficaz y segura para brindar atención integral a los neonatos prematuros (menores de 37 semanas de edad gestacional) y/o de bajo peso al nacer), y evitar posibles complicaciones y secuelas que traerían dichas situaciones, desde el punto de vista médico, psicológico y social

¿Qué acciones son implementadas para la conservación y sostenibilidad del medio ambiente?

RTA: En la ESE HUS, se tienen estructurados e implementados:

- Programa de uso racional de Energía.
- Programa de uso racional de agua
- Programa de ahorro y uso eficiente de papel

Además, se tienen convenios con diferentes entidades ambientales, quienes generan beneficios por medio de puntos verdes, tras la adecuada gestión ecológica desarrollada al interior de la ESE HUS, dichos puntos son donados a diferentes fundaciones.

Tenemos estructurado el Programa de Compras Sostenibles que tiene como objetivo de establecer lineamientos generales que se deben tenerse en cuenta para la incorporación de criterios de sostenibilidad en la contratación de la ESE HUS.

¿Qué acciones permiten integrar la responsabilidad social a la relación entre la institución y los colaboradores?

RTA: Se tiene establecido el Plan de Bienestar Social e incentivos, que permite mejorar la calidad de vida y el desempeño de los colaboradores.

En la subgerencia de enfermería se incentiva al personal asistencial al desarrollo profesional, ajustando los horarios laborales a los horarios de clase.



EJE DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL

¿Cuál es la política de cultura Organizacional?

RTA: El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen con el **desarrollo de una cultura organizacional que inflencie de manera positiva el desempeño de nuestros colaboradores**, la cual tendrá su identidad en la excelencia del servicio, la gestión del riesgo, el trato humanizado, la seguridad del paciente, la gestión transparente y el enfoque hacia el resultado de todos sus procesos.

¿Cuál ha sido el cumplimiento a la política de Cultura Organizacional?

RTA: El cumplimiento a la política durante los últimos dos años ha sido:

| 2020 | 2021 |
|------|------|
| 100% | 100% |

¿Cuál es el enfoque de la ESE HUS en la transformación cultural?

RTA: El enfoque cultural priorizado está enmarcado en la humanización de los servicios de salud, en la seguridad del paciente, en la gestión del riesgo y gestión de la tecnología, para alcanzar altos niveles de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios.

¿Cuáles son los mecanismos establecidos para evaluar la cultura organizacional en la ESE HUS?

RTA: La ESE HUS cuenta con procedimiento para la medición de cultura organizacional **enfocada a la acreditación**.

La medición de la cultura organizacional, se realiza mediante la aplicación de la **encuesta para evaluar la cultura organizacional enfocada a la acreditación**; la aplicación de esta encuesta se realiza a través de la plataforma ALMERA y las herramientas efectivas de participación establecidas por las empresas para cada vigencia.

¿Cuáles han sido los principales cambios generados en la cultura organizacional por el proceso de acreditación en salud?

1. Fortalecimiento en las estrategias de despliegue organizacional con estrategias como PLAN-PADRINOS y- CYBER-PADRINOS
2. El programa de **Gestión del riesgo**, desde el sistema de Grupos de estándares y ejes de acreditación han llevado a la institución a realizar la **identificación de riesgos con enfoque proactivo**, a través de la metodología AMFE (Análisis Modo Falla Efecto)

3. A través del Grupo de Educación se **promueve la educación al usuario**, familia y/o cuidador, enfocados en el **autocuidado** desde los diferentes servicios.

4. La identificación de buenas prácticas para implementar en la institución con la realización de **referenciaciones**, ha permitido a la institución el mejoramiento continuo desde los diferentes procesos

5. El programa de Discapacidad ha sido para la institución factor diferenciador, permitiendo **eliminar barreras de acceso en usuarios con discapacidad auditiva**.

¿Cuáles son los resultados en la medición de Cultura Organizacional en la institución?

| EJE DE ACREDITACIÓN | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------|------------|------------|------------|
| Seguridad del Paciente | 87% | 91% | 93% |
| Humanización | 82% | 83% | 90% |
| Gestión del Riesgo | 67% | 53% | 72% |
| Gestión de la Tecnología | 90% | 87% | 92% |
| Total | 82% | 78% | 87% |

GRUPO DE ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO

¿Cómo se identifican las necesidades de talento humano en la ESE HUS?

RTA: A través de aplicación de encuestas de necesidades de formación y capacitación; clima y cultura organizacional; satisfacción del cliente interno; realización de inspecciones de seguridad; rondas de seguridad del paciente; PQRSF (Peticiónes, Quejas, Reclamo, Felicitaciones, Sugerencias, Felicitaciones) y evaluación del desempeño.

¿Qué contiene el perfil del cargo ejecutor?

RTA: Contiene la descripción de las actividades que debe realizar el colaborador, las competencias, requisitos de estudio y experiencia.

¿La ESE HUS cuenta con la autorización del colaborador para el tratamiento de datos?

RTA: Sí, el colaborador autoriza mediante diligenciamiento del Formato el Tratamiento de Datos Personales; este formato se encuentra en la plataforma ALMERA.

¿Cómo se realiza el proceso de INDUCCIÓN del personal que ingresa a la ESE HUS?

- La inducción general se realiza a través del Aula Virtual de Aprendizaje Moodle, que contiene los temas relevantes que se deben conocer de la ESE HUS. Además, se cuenta con el entrenamiento en puesto de trabajo realizado con el acompañamiento del líder o jefe del área.

¿Qué competencias y/o habilidades exige la ESE HUS para la ejecución de sus actividades? (cursos y/o capacitaciones)

- 1 Seguridad del paciente
2. Humanización
3. Atención centrada en el usuario

¿La ESE HUS verifica los títulos académicos y antecedentes de los colaboradores?

RTA: Sí, a través de los supervisores de contrato, la ESE HUS corrobora la información de los títulos académicos y antecedentes de todos los colaboradores de la institución, mediante la solicitud de soportes a las instituciones educativas y los entes de control a través de sus páginas institucionales.

¿Qué es el Plan Institucional de Capacitaciones (PIC) y cómo se elabora?

RTA: El Plan Institucional de Capacitaciones es un instrumento en donde se definen los temas de capacitación y formación para los colaboradores de la institución, con el fin de mejorar sus competencias en el logro de los objetivos institucionales.

¿Cuál es el Macroproceso responsable de emitir información masiva a los grupos de interés?

RTA: El macroproceso autorizado para la difusión masiva de información interna y externa es **Gestión de Desarrollo Institucional**, a través del proceso de **Comunicaciones**.

Esta información sólo será difundida a través de los siguientes canales de comunicación oficiales:

- Correo institucional: prensa@hus.gov.co
- Facebook: Hospital Universitario de Santander
- Instagram: HospitalParalaGente1
- Twitter: @HUSANTANDER

- Página web: www.hus.gov.co

¿ En qué consiste la relación docencia-servicio?

RTA: Consiste en un vínculo funcional entre las Instituciones de Educación Superior (IES) y las IPS (escenarios de práctica en salud), considerado como un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, con el propósito de formar talento humano en salud.

¿En qué consiste la política de Docencia-Servicio?

RTA: Manifiesta el compromiso de la ESE HUS de **regular y gestionar la relación Docencia Servicio** con Instituciones de Educación Superior, garantizando su alineación con el direccionamiento estratégico así como de las **prácticas formativas relacionadas, proporcionando escenarios de aprendizaje** que complementen el desarrollo de competencias orientadas a garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio a las partes interesadas, cumpliendo los requisitos de ley.

¿Cómo realiza la ESE HUS la planeación de la relación docencia servicio con las Instituciones de Educación Superior?

RTA: La ESE HUS, armonizado con su direccionamiento estratégico y en cumplimiento con la normatividad vigente, establece los lineamientos de la relación docencia servicio a través del convenio firmado con las instituciones educativas, identificando alcances, responsabilidades, contraprestación, entre otros, y teniendo en cuenta su capacidad instalada para docencia servicios; así como las necesidades de los servicios de talento humano en formación.

¿Cuántos convenios de Docencia-¿Servicio tiene la ESE HUS, y cuáles son?

RTA: Actualmente, la ESE HUS cuenta con **11 convenios docencia servicio** con:

9 CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR



2 CON INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO



¿Cuáles son los requisitos que deben cumplir los estudiantes y docentes al inicio de las prácticas formativas?

RTA: Los estudiantes y docentes deben cumplir con los requisitos mínimos, como:

- Afiliación al Sistema Seguridad Social y Riesgos Laborales
- Vacunación
- Certificado de Inducción general a práctica formativa
- Taller de lavado de manos y carnet de lavado de manos actualizado
- Inducción específica por servicio

¿Cómo desarrollan los estudiantes las prácticas formativas en la ESE-HUS?

RTA: Los estudiantes de pregrado y posgrado desarrollan sus prácticas formativas en los servicios asistenciales y/o administrativos, supervisados por sus docentes de acuerdo a la delegación progresiva de funciones y el logro de las competencias de acuerdo a su nivel de formación.

¿Qué herramientas se tienen para realizar la evaluación docencia servicio en la ESE HUS?

- Encuestas de satisfacción de estudiantes, docentes, coordinadores de servicio y usuarios.
- Informe Final de prácticas formativas.
- Modelo de evaluación de escenario de práctica del Ministerio de Educación.

¿En qué consisten los Comités Docencia Servicio?

RTA: Consisten en una reunión trimestral de los representantes de las partes de cada institución en convenio (Institución Educativa, ESE HUS y estudiantes), con el fin de coordinar, hacer seguimiento y evaluar las actividades de docencia servicio que se realizan en el escenario de práctica

¿Cómo se mantiene y mejora la calidad de vida de los colaboradores?

RTA: A través de la implementación del **Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo**, del **Plan de Bienestar Social e Incentivos**, programa Entorno Laboral saludable, comités institucionales como el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo **-COPASST** y comité de convivencia laboral.

¿Para qué y cómo participo en la medición del clima organizacional de la ESE HUS?

RTA: **Para** conocer el nivel de satisfacción y motivación de los colaboradores en la ESE HUS, con el fin de favorecer un ambiente de trabajo positivo.

Se participa diligenciando una encuesta aplicada una vez al año, en la que se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Orientación organizacional
- Administración del talento humano
- Estilo de dirección
- Comunicación e integración
- Trabajo en grupo
- Capacidad profesional
- Medio ambiente físico

¿Cuáles han sido los resultados de la medición del clima organizacional de la ESE HUS?

RTA:

| Clima Organizacional | Porcentaje de colaboradores que respondieron de forma positiva a la variable 2019 | Porcentaje de colaboradores que respondieron de forma positiva a la variable 2020 | Porcentaje de colaboradores que respondieron de forma positiva a la variable 2021 |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Orientación Organizacional | 86,67% | 93,59% | 88% |
| Administración del Talento Humano | 72,12% | 83,66% | 92% |
| Comunicación e Integración | 85,27% | 93,28% | 96% |
| Trabajo en Equipo | 86,22% | 93,66% | 97% |
| Capacidad Profesional | 90,49% | 94,50% | 95% |
| Ambiente Físico | 77,34% | 88,79% | 85% |
| Estilo Dirección | 84,06% | 91,15% | 96% |
| Porcentaje Promedio | 83,17% | 91,23% | 93% |

El resultado general para la vigencia 2021 fue del 93%,



GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

¿Cuál es la intencionalidad del grupo de estándar de Gerencia de la información?

RTA: Se enfocan en la integración de todas las áreas **asistenciales y administrativas** en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la **toma de decisiones** en cualquier nivel de la organización.

¿Qué aplicativos relevantes tiene la ESE HUS para la consolidación, transmisión y difusión segura y oportuna de la información?



Dinámica DGH: Es un sistema de información del sector salud el cual integra la información de los principales procesos asistenciales y administrativos



Almera SGI: es el Sistema de Gestión Integral de calidad que busca mejorar los procesos, centralizando la información.



Plataforma Moodle: es un sistema web dinámico de aprendizaje que está diseñado para gestionar y crear espacios de aprendizaje online

¿Qué son datos abiertos?

RTA: Los datos abiertos son información pública dispuesta en formatos que permiten su uso bajo licencia abierta y sin restricciones para su aprovechamiento.

¿A través de qué informes y/o resoluciones se ve reflejada la información asistencial y administrativa en la Institución?

- A través de informes RIPS
- Informe de producción 2193
- Resolución 0256 (calidad)

Mencione algunos mecanismos donde se realiza seguimiento y análisis a los indicadores Institucionales

RTA: Se realiza a través de los comités Institucionales y equipos primarios principalmente.

¿El uso de siglas o abreviaturas en la historia clínica está permitido?

RTA: NO se permite el uso de siglas o abreviaturas, excepto las unidades de medidas internacionales y resultados de gases arteriales.

La Historia clínica debe diligenciarse de forma clara, legible, sin tachones, sin enmendaduras, sin intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar SIGLAS. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

¿Qué es el plan de contingencia del sistema de información?

RTA: Es una herramienta que ayuda a los procesos críticos de la Institución a continuar funcionando a pesar de una posible falla en los sistemas de información.

¿Qué es Gestión documental?

RTA: Es el conjunto de normas, técnicas y prácticas usadas para conservar la documentación de todo tipo en una organización.

¿En qué plataforma se encuentran los indicadores institucionales?

RTA: Los indicadores institucionales se encuentran en la plataforma ALMERA, siguiendo las siguientes rutas:

¿En qué plataforma se encuentran los indicadores institucionales?

Los indicadores institucionales se encuentran en la plataforma ALMERA, siguiendo las rutas:

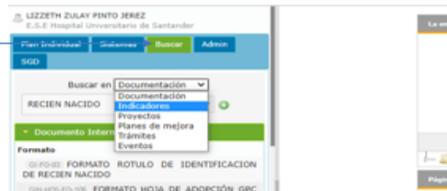
1 Ingrese a ALMERA



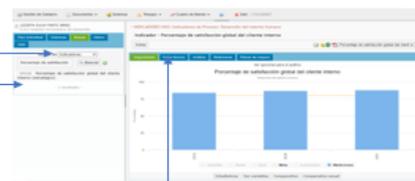
Si conoce el nombre del indicador:

De clic en buscar.

De la lista desplegable selecciones: indicadores



Escriba el nombre del indicador
De clic en el indicador y en la parte derecha aparecerá las mediciones que se han realizado.



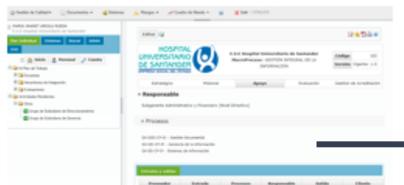
Allí encontrará las pestañas:

- Ficha técnica del indicador.
- Análisis realizados.
- Mediciones.
- Planes de mejora aplicados en caso de desviación

Para buscar los indicadores que pertenecen a un proceso :



De clic en el macroproceso



De clic en el proceso



En la parte inferior se encuentran los indicadores asociados al proceso seleccionado.
Da clic en el indicador que estás buscando

Encuentras toda la información del indicador:

- Ficha técnica del indicador.
- Análisis realizados.
- Mediciones.
- Planes de mejora aplicados en caso de desviación





¿Cuáles son las herramientas de mejora implementadas en la institución ante una desviación identificada?

RTA: Las herramientas de mejora que se tienen establecidas en la institución al identificar una desviación son:

- Lluvia de ideas.
- Diagrama Ishikawa (Espina de pescado)

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

¿Qué política le aplican al grupo de estándar del grupo de estándar del ambiente físico?

Política Gestión del Riesgo
Política de Gerencia del Ambiente Físico
Política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas
Política de humanización
Política de seguridad y salud en el trabajo
Política de Gestión Ambiental

¿Cómo se identifican y se responden a las necesidades relacionadas con el ambiente físico?

RTA: Para identificar las necesidades de los clientes desde servicios básicos por medio del formato de solicitud de mantenimiento GTE-GTE-FO-28 y a partir del año 2021 solicitud de mesa de ayuda de Almera, para el proceso de dotación e insumos se identifican las necesidades por medio del formato de requerimiento de almacén GAF-AL-FO-04; para la entrega de ropas se tiene establecido por medio de un censo según lo establece el Procedimiento manejo interno ropa hospitalaria GAF-SBA-PR-03.

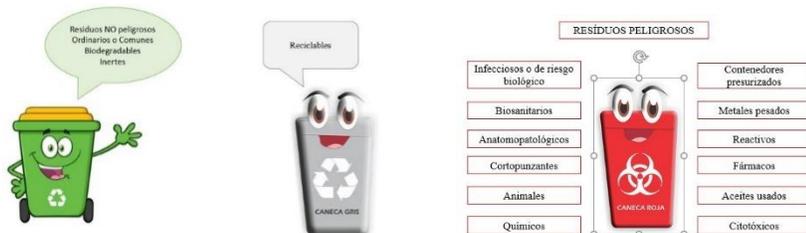
¿Cuál es la política ambiental de la ESE HUS?

RTA: En nuestra política de gestión ambiental, nos comprometemos a **prevenir la contaminación ambiental reduciendo los impactos en cada una de las actividades que se desarrollan en los diferentes procesos** de la institución, cumpliendo el **Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios** y Similares, brindando capacitación y entrenamiento a los diferentes grupos de interés, de igual manera promocionando estrategias de cuidado y **compromiso con el medio ambiente, gestionando el uso racional de los recursos ambientales**, administrando los aspectos e impactos ambientales desde cada proceso, gestionando las compras sostenibles, generando responsabilidad

social a través de la concientización a los grupos de interés hacia una cultura y compromiso del desarrollo sostenible.

¿Como se clasifican y se separan los desechos?

RTA: La clasificación de desechos antes del nuevo código de colores se realiza:

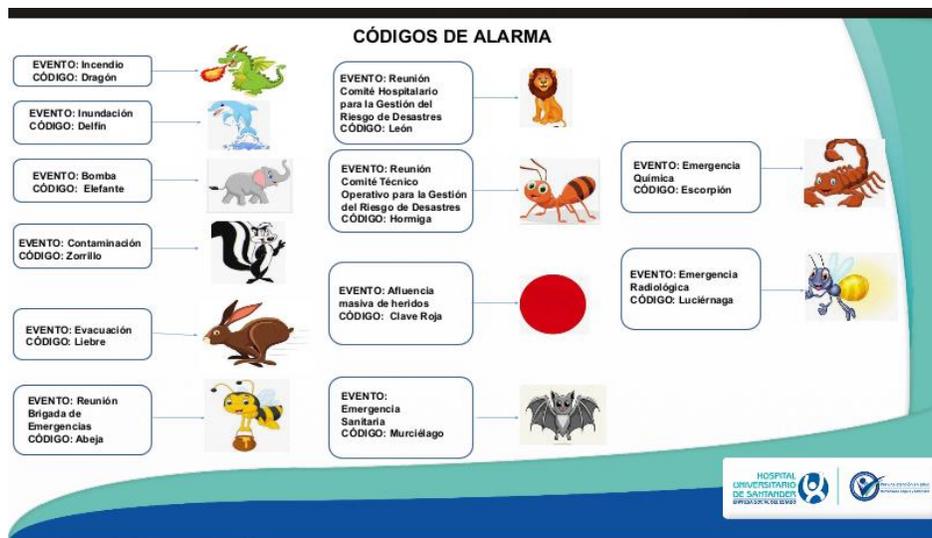


Resolución 2184 Por la cual se modifica la Resolución 668 de 2016 sobre uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones

Nuevo código de Colores: El nuevo código de colores se encuentra en proceso de implementación.



¿Cuáles son los códigos de alarma de la institución?



¿Cómo se activan los códigos de alarma?

RTA: El Plan de Emergencia se activa por medio del sistema de altavoz, por los teléfonos, por los radios de vigilancia; mediante códigos que determinan con exactitud el tipo de evento que activa el Plan de Emergencia y el nivel de respuesta que la ESE HUS, debe implementar.

Los códigos permiten disminuir la vulnerabilidad funcional, con acciones específicas de los equipos de trabajo y evita el pánico de los usuarios y visitantes.

Para casos de emergencia interna y posterior al código, se enuncia el sitio del evento, por ejemplo, así: **“SU ATENCIÓN POR FAVOR, PLAN DE EMERGENCIA DRAGÓN 7”**.

En caso de emergencia mencione los puntos de encuentro interno y externo

- El parqueadero principal que comunica a calle 32
- Parqueadero Central de Urgencias comunica a la carrera 32.
- Plazoleta principal comunica hacia la carrera 33.

¿Cuáles son las alertas ante la declaración de estado de alerta?



ALERTA VERDE: El personal disponible en el Hospital se organiza para atender una posible emergencia, el resto de funcionarios permanece disponible a un llamado de refuerzo. En este estado el servicio de urgencias permanecerá parcialmente evacuado.



ALERTA AMARILLA: Alistamiento con presencia física en el Hospital de todo el personal que se encuentre de turno. El Hospital activa y dispone los recursos, áreas y personal de refuerzo requerido. Hay organización con todos los recursos existentes. El hospital permanecerá parcialmente evacuado.



ALERTA NARANJA: Estado de alistamiento hospitalario con presencia física en el hospital de todo el personal que se encuentre de turno. Preparación logística y organización del recurso humano para atender una posible emergencia. El hospital permanecerá parcialmente evacuado.



ALERTA ROJA: Una vez se establece la demanda asistencial a raíz del desastre y se da inicio a la ejecución del Plan de Emergencia del Hospital. Este tipo de alerta será determinada y comunicada por **el Gerente del Hospital o por un miembro del Comité Hospitalario para la Gestión del Riesgo de Desastres** que esté presente.

¿Qué hacer en caso de emergencia?

RTA: En caso de sismo: En caso de sismo retírese de ventanas u objetos que puedan caer, ubíquese en zona segura y colóquese en posición de seguridad.

En caso de Incendio: En caso de humo cúbrase nariz y boca con un trapo húmedo, desplácese agachado, si su ropa se incendia tírese al piso y ruede lentamente.

Evacuación: Si se da la orden de evacuar, hágalo sin discusión y lo más pronto posible salga del hospital cumpliendo las actividades que le corresponde según el plan.

¿Quiénes dan la orden de evacuación?

RTA: La ruta de evacuación del edificio, son las escaleras orientales de la ESE HUS

¿Cómo se realiza la evacuación de pacientes?

- Se realiza Triage de evacuación
- El Triage de evacuación permite identificar los pacientes a evacuar según su movilidad, determina los recursos, determina la prioridad para evacuar así:

| BRAZALETE | PRIORIDAD |
|-----------|---|
| Verde | prioridad uno evacua por sus propios medios. |
| Amarillo | prioridad dos, evacua con ayuda. |
| Rojo | prioridad tres, pacientes estables totalmente dependientes |
| Negro | prioridad cuatro, pacientes inestables, totalmente dependientes |
| Blanco | Prioridad cinco. Cadáver |

- Pacientes en aislamiento se le coloca **brazalete azul** y el brazalete de **otro color que indica la prioridad** para evacuar según su posibilidad de movilización.
- El brazalete se ubica en el brazo izquierdo del paciente.

¿Cómo se minimiza el riesgo de pérdida de un paciente?

RTA: La ESE HUS cuenta con el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA A PÉRDIDA O FUGA DE USUARIO EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER GAF-SBA-PT-01.

Objetivo minimizar el riesgo de pérdida o fuga de un usuario en el proceso de atención, definiendo actividades y responsabilidades orientadas a la reducción del mismo y estandarizando las acciones de búsqueda en caso de presentarse el evento en la ESE Hospital Universitario de Santander.

¿Cuáles son los criterios de identificación pacientes con riesgo de fuga?

- Paciente psiquiátrico
- Usuario que manifieste incapacidad de pago o desee abandonar la institución
- Usuario consumidor de sustancias psicoactivas
- Usuario bajo custodia de instituciones como Policía, INPEC, ICBF

¿Cuál ha sido el número de fugas de pacientes durante los últimos cuatro años?

| AÑO | No DE FUGAS |
|------|-------------|
| 2017 | 27 |
| 2018 | 14 |
| 2019 | 12 |
| 2020 | 3 |
| 2021 | 2 |

Mencione las obras de infraestructura realizadas durante los últimos cuatro años:

| AÑO | OBRA |
|-------------------------------|---|
| 2019 | Adecuaciones de áreas de servicio de vacunación |
| | Adecuaciones para el servicio de gastroenterología |
| | Adecuaciones varias de la ESE HUS, muro perimetral construcción, construcción cacetes vigilancia, senderos, placa parqueadero |
| | Adecuación unidad oncología |
| 2020 | Mantenimiento del sector oriental de piso 9 UCI Neonatal |
| | Adecuación costado oriental piso 3 para contingencia del servicio de urgencias |
| | Mantenimiento áreas piso 2 urgencias, sala de espera hall de ascensores y pasillo urgencias pediátrica |
| Covid-19 primer semestre 2020 | Adecuación de antigua lavandería para UCIS intermedias puso 1 |
| | Adecuaciones piso y 4 construcción UCI |
| | Obras relacionadas con Covid-19, sendero ruta Covid-19, zona carpas y torres hospitalaria, adecuación sistema de ventilación piso 3, quirófanos de piso 5 |
| 2020 segundo semestre | Adecuación piso 3, fachada cubículo toma de muestras Covid-19, |
| | Adecuación mamógrafo |
| | Adecuación tomógrafo |
| | Adecuaciones piso 1 para instalación de esterilizador |
| | Mantenimiento y adecuación piso 3,5,6,7,8,11 de toda la Torre Hospitalaria |
| | Actividades necesarias para modificar condiciones de carpas Covid-19 (eléctricas y civiles) |
| 2021 | Contingencia para atención de pacientes con Covid-19 que requerían UCI, piso 7.. |
| | Construcción UCI sector occidental piso 3, equipadas para pacientes Covid-19 y de más en cumplimiento con norma para pacientes inmunosuprimidos. |

| AÑO | OBRA |
|-----|---|
| | Adecuación de baños y baterías sanitarias de la Torre Hospitalaria. |
| | Adecuación de cubículos piso 1 y piso 9 |
| | Finalización de la nueva central de urgencias |

GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

¿Cuál es la ruta de los estándares de gestión de la tecnología?

RTA: Planeación y evaluación nueva tecnología

Adquisición de tecnología

Estrategias de uso seguro

Guía rápida de manejo

Limpieza y desinfección

Control de inventarios

Vigilancias sanitarias

Puesta en funcionamiento

Estrategias de mantenimiento

Mantenimiento preventivo

Mantenimiento correctivo

Metrología

Renovación de tecnología

Evaluación de tecnología existente

¿Cuáles políticas aplican al proceso gestión de la tecnología?

RTA:

1. Política de adquisición e incorporación

2. Política de uso seguro de tecnología

3. Política de renovación

¿Como se realiza la planeación, adquisición e incorporación de tecnología en la ESE HUS?

RTA: Para realizar la planeación, adquisición e incorporación de tecnología se tiene en cuenta:

- Formato solicitud de nueva tecnología
- Identificación de necesidades tecnológicas
- Análisis costo- beneficio, unidad y costo efectividad
- Priorización de tecnología de adquirir

- Definición de fuentes de información
- Proceso de adquisición (compra, apoyo tecnológico)
- Matriz de priorización de tecnología

Su aporte a la planeación, adquisición e incorporación de tecnología es:

Como colaborador puede solicitar la adquisición de Tecnología, según la necesidad que identifique de su servicio, diligenciando el formato solicitud de tecnología, con la firma del subgerente del servicio y radicándolo en el área gestora (mantenimiento o sistemas)

Es necesario inicialmente que quien realiza la solicitud participe en la evaluación de la tecnología a adquirir.

¿Como evaluamos el cumplimiento de la puesta en funcionamiento de la tecnología?

RTA: Para evaluar el cumplimiento de la puesta en funcionamiento de la tecnología se debe:

- Recepción técnica, administrativas y locativas
- Actualización del inventario
- Actualización del plan de mantenimiento
- Instalación de la tecnología
- Entrenamiento a usuario final de la tecnología
- Entrega de la tecnología al servicio
- Formato de recepción de tecnología

Su aporte al uso seguro de la tecnología es:

RTA: El colaborador que utilizará la tecnología, deberá estar presente en la prueba inicial de funcionamiento y recibir el entrenamiento inicial por parte del personal de ingeniería

¿Como se realiza el entrenamiento a usuario final de la tecnología?

RTA: Al realizar el entrenamiento se debe hacer por grupos máximo de 4 personas, realizando videos tutoriales y teniendo en cuenta:

- Identificación de necesidades de entrenamiento
- Programación de los entrenamientos
- Ejecución de los entrenamientos
- Evaluación de adherencia de los entrenamientos

Nombre las estrategias de mantenimiento de la tecnología



RTA: Mantenimiento preventivo y predictivo
Gestión metrológica
Mantenimiento correctivo

¿Qué diferencia existe en mantenimiento preventivo, correctivo y metrología?

RTA: El mantenimiento preventivo es el destinado a la conservación de equipos o instalaciones mediante la realización de revisión y limpieza que garanticen su buen funcionamiento y fiabilidad se realiza en equipos en condiciones de funcionamiento.

El mantenimiento correctivo repara o pone en condiciones de funcionamiento aquellos equipos que dejaron de funcionar o están dañados.

Metrología: tiene como propósito garantizar el buen funcionamiento de los equipos requeridos por el área específica, atendiendo los requisitos legales vigentes por medio del desarrollo de las actividades de mantenimiento preventivo, correctivo y la calibración de equipos.

¿Cuáles son los programas institucionales que gestiona la ESE HUS?

RTA: Programa de tecnovigilancia
Programa de reactivo vigilancia
Programa de Hemo vigilancia
Programa de farmacovigilancia
Programa de Biovigilancia

PROCESO DE ATENCIÓN A CLIENTE ASISTENCIAL PACAS

SUBGRUPO DE ESTANDARES DE DERECHOS DEL PACIENTE

¿Cómo garantiza el hospital el derecho de los usuarios a participar o no en proyectos de investigación?

RTA: Los investigadores presentan los proyectos de investigación ante el Comité de Ética en Investigación conformado bajo la resolución 174 del 2015, cuya función principal es realizar la evaluación técnico-científica y ética de los proyectos presentados, salvaguardando los derechos, dignidad, seguridad y bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de las investigaciones que se desarrollan en la institución o esté relacionada con la ESE HUS.

¿Cómo se evalúan situaciones especiales de atención ética de los pacientes?

RTA: Se tiene un Comité de Ética Hospitalaria que vela por los derechos de los pacientes abordando dilemas éticos y orientando las actuaciones de los colaboradores.

¿Cómo se gestiona que la prestación de servicios realizada por terceros cumpla con los estándares de acreditación?

RTA: En la reunión mensual del Grupo de Alianzas con las empresas contratistas, la ESE HUS gestiona las oportunidades de mejora para trabajar por el cumplimiento de los estándares superiores de calidad.

SUBGRUPO DE GRUPO DE ESTANDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

¿Cómo se implementa la seguridad del paciente en la ESE HUS?

RTA: Se realiza a través de la implementación de la Política de Seguridad del Paciente de la institución. **IMPORTANTE:** Toda la información de la operativización de la Política se encuentra en la *Cartilla de Seguridad del Paciente*. Lee la cartilla y participe activamente en el proceso de Acreditación del Hospital para la Gente.

¿Cómo funciona el Plan de Prevención y Control de Infecciones en la ESE HUS?

RTA: El Equipo de Prevención y Control de Infecciones (Infectólogo y enfermeras) elabora en enero de cada año el cronograma de actividades a implementar para la vigencia, con el objetivo de disminuir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS; estas intervenciones se ejecutan durante el año y se realiza seguimiento a su implementación.

El Plan de Prevención y Control de Infecciones contempla los siguientes seis (6) componentes.

| No | COMPONENTES ESTRATEGICOS |
|----|--|
| 1 | Medidas de Prevención y Control de Infecciones |
| 2 | Limpieza y Desinfección de Áreas y Superficies |
| 3 | Residuos Hospitalarios |
| 4 | Manejo de Ropa Hospitalaria |
| 5 | Elementos de Protección Personal |
| 6 | Programa de Optimización de Antimicrobianos |

SUBGRUPO DE ESTANDARES DE ACCESO

¿Cómo ingresan los usuarios a la institución?

RTA: La institución tiene establecidas 3 puertas de acceso que son: *Urgencias, Consulta Externa y Cirugía programada*.

Para el servicio de urgencias: Los usuarios ingresan de dos formas por demanda espontánea o remitidos.

- Si el usuario se encuentra estado crítico ingresa para su atención inmediata.
- Si el usuario se encuentra estable es recibido por el guarda de seguridad y con apoyo del personal del servicio de información y atención al usuario (SIAU), enfatizan sobre medidas de bioseguridad, el guarda de seguridad registra los datos de identificación en bitácora y realiza una corta identificación de signos de infección respiratoria:
 - En los usuarios con sospecha de sintomatología respiratoria da aviso al personal de enfermería para que verifiquen mediante lista de chequeo tamizaje Covid 19, GUR-GUR-FO-31, versión 1 y se realice su traslado a las Urgencias Respiratorias.
 - Los usuarios no críticos y sin sintomatología respiratoria son direccionados al área de atención de urgencias.
 - Los usuarios menores de 12 años se ubican en el servicio de urgencias pediátricas.
 - Las usuarias ginecobstétricas se les aplica la lista de chequeo para identificación de situaciones críticas para su posterior traslado al servicio de urgencias ginecológicas.

NOTA: En los usuarios estables se realiza Control de Triage (auxiliar de enfermería) Triage y Consulta (Médico General, Pediatra o Gineco-obstetra) e Inicio de la atención (equipo de salud)

Para el servicio de Consulta externa: Los usuarios ingresan al servicio por la portería (Oncología y Consulta Externa de madre canguro), donde el guarda de seguridad le informa que debe seguir al área de facturación, el personal de facturación realiza la verificación y validación de los documentos que los usuarios requieren para realizar los trámites de la consulta asignada, entrega recibo o comprobante y se direcciona a cada uno de los módulos en donde la auxiliar de enfermería verifica con que especialista tienen la cita, valida los documentos e historia clínica, exámenes médicos y realiza toma de signos vitales para proceder a la consulta, el usuario es ubicado en sala de espera para recibir el llamado del respectivo médico tratante.

Para cirugía programada ambulatoria: Los usuarios ingresan por la portería principal, el guarda de seguridad verifica el registro de la programación quirúrgica, autoriza el ingreso al usuario y un familiar, los direcciona al sexto piso, el personal de admisiones verifica los documentos requeridos para el procedimiento quirúrgico y realiza el ingreso en la Historia Clínica Digital, para continuar el proceso asistencial en el área de transfer.

¿Cuáles son las particularidades de usuario que se atienden en la ESE HUS?

RTA: Al ingreso se da prioridad a personas de acuerdo con su condición de salud teniendo en cuenta la puerta de acceso que corresponda (urgencias, oncología o consulta externa).

Los usuarios pueden ingresar a la institución de la siguiente manera:

- Por sus propios medios y sin dificultades para el desplazamiento.



- Por sus propios medios, pero con dificultades para su desplazamiento para lo cual se dispone de sillas de ruedas a la entrada de la institución y/o camillas de transporte para trasladar al usuario.
- Con el equipo de salud de la ambulancia los cuales pueden ser transportados en sillas de ruedas o en camilla.
- En el caso que el usuario ingrese en medio de transporte particular se dispone de un timbre para avisar al personal asistencial de auxiliares de enfermería que deben salir con camilla o silla de ruedas para ingresar al usuario al servicio.
- También se dispone de un intérprete en señas en caso de usuarios con discapacidad para el lenguaje.

¿Qué tipo de usuarios se atienden en la ESE HUS?

RTA: En la ESE HUS se atiende a todo tipo de población sin discriminación, dentro de los que se tienen usuarios de los diferentes regímenes **Contributivo, Subsidiado, Particulares, Régimen especial**, al igual que **Migrantes Etc.**

¿Cuáles Barreras de Acceso tiene identificadas la ESE HUS?

RTA: En el servicio de urgencias por normatividad todo usuario que requiera atención **ES ATENDIDO** (Circular externa número 14 de la superintendencia nacional de salud de 1995, artículo 168).

La institución tiene identificadas las siguientes Barreras de acceso:

- **Administrativas:** Autorizaciones vencidas, contratos vencidos.
- **Asistenciales:** demoras en la atención, falta de insumos para la prestación del servicio.
- **Geográficas:** Dificultad de traslado de usuarios que vienen remitidos.

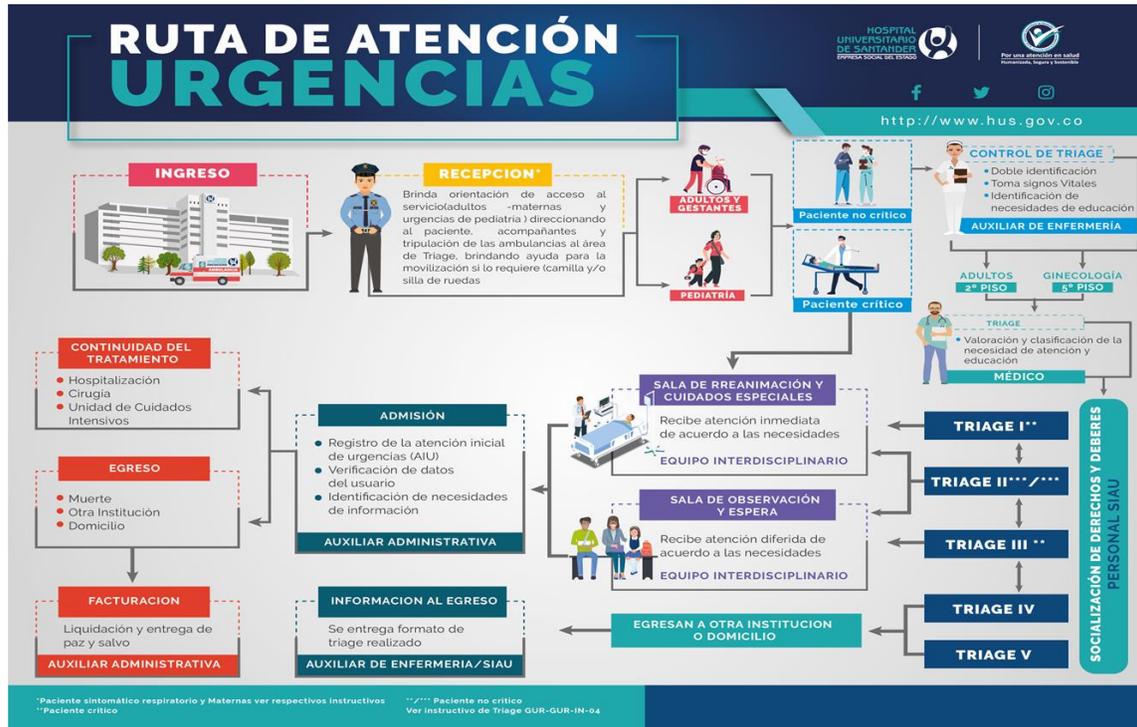
¿Cómo se abordan las barreras de acceso?

El personal de la institución brinda acompañamiento al usuario que identifica una barrera de acceso y con apoyo del SIAU se consolida la información. Posteriormente, se remite la información a la subgerencia responsable quien debe realizar un análisis y plan de mejora para minimizar la probabilidad de nueva ocurrencia.

¿Cómo está definida la ruta desde los diferentes procesos en el Hospital?

RTA: La institución define 5 rutas de atención: Ruta de **Urgencias, Hospitalización, Unidad de cuidados intensivos, consulta externa y Rehabilitación**







¿Cuáles son los contactos administrativos y asistenciales en la Institución?

RTA: Los contactos Administrativos son:

- **Cirugía Programada:** Oficina de admisiones y facturación
- **Laboratorio Clínico:** Auxiliares de laboratorio y Microbiólogo en caso de que necesite firmar consentimiento informado para pacientes ambulatorios.
- **Imagenología:** Auxiliar administrativo
- **Consulta externa:** Personal de vigilancia, Personal de facturación, Auxiliar Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU). Orientación, Felicitaciones, quejas y reclamos (PQRF), Auditor médico consulta externa
- **Urgencias:** Guarda de Seguridad – SIAU - Admisiones (Ingreso y Egreso).

Los contactos asistenciales son:

- **Cirugía Programada:** Enfermeras, Aux de enfermería, Cirujanos según especialidad, Instrumentadoras quirúrgicas, Camilleros.
- **Laboratorio Clínico:** Auxiliares de laboratorio y Microbiólogo en caso de que necesite firmar consentimiento informado.
- **Imagenología:** Enfermera, Auxiliar de enfermería, Tecnólogos y Radiólogos.
- **Urgencias:** Auxiliar de enfermería, Médicos generales y especialistas, Enfermeras, Camillero si aplica.

- **Consulta externa:** Auxiliar de enfermería, Médico especialista, Enfermera.

Nota: Por ser una Hospital Universitario en algunos procesos el Talento Humano en Formación puede ser contacto asistencial.

¿Cómo se garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia en la ESE HUS?

RTA: Se garantiza cuando el personal del Call Center (Central de Citas) informa al usuario los días y horario de atención de los médicos disponibles para la especialidad requerida, a través del sistema dinámica gerencial

¿Cuáles son las especialidades donde se garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia?

RTA: Existen diferentes especialidades donde se garantiza este derecho dentro de las cuales se encuentran:

- Cirugía general
- Ortopedia
- Perinatología

¿Cuáles son los tiempos establecidos para la toma de procedimientos en la institución?

RTA:

| TIPO DE ESTUDIO | TIEMPO ESTIMADO ESE HUS (minutos) | TIEMPO ESTÁNDAR (minutos) |
|---|-----------------------------------|---------------------------|
| Radiografía convencional | 10 | 10 - 14 |
| Radiografías especiales | 30 | 21 - 26 |
| Ecografías | 20 | 19 - 23 |
| Ecografías Doppler | 35 | 30 - 42 |
| Tomografía axial computarizada (tac) convencional | 7 | ----- |
| Tomografía axial computarizada (tac) especiales | 20 | 17 - 23 |
| Resonancia | 35 | 30 - 40 |
| Angiografía | 60 | ----- |

¿Cómo se tiene establecido los tiempos de espera para entrega de resultados en la institución?

RTA:

| Entrega de resultados - Servicio Imagenología | | |
|--|--|---|
| Procedimiento | Tiempo establecido Pacientes Hospitalizados | Tiempo establecido Pacientes Ambulatorios |
| Ecografías | 4 horas | 12 horas |
| Rayos x convencional | 6 a 12 horas | 3 días hábiles |
| Estudios especializados de rayos X | 24 horas | 3 días hábiles. |
| Tomografías | 6 a 18 horas | 3 días hábiles |
| Mamografías | 6 a 18 horas | 3 días hábiles |
| Angiografía | - | Inmediatamente concluido el estudio en medio magnético C.D. |
| Resonancia magnética | - | 3 días hábiles en medio magnético C.D. |

Laboratorio Clínico

| SECCIÓN | EXAMEN | OPORTUNIDAD RESULTADO |
|-------------------------|--|-----------------------------------|
| HEMATOLOGÍA | Cuadro hemático o Hemograma | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Hemoparásitos (frotis, gota gruesa) | 4 horas |
| | Velocidad de sedimentación globular (VSG) automatizado | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| COAGULACIÓN | Coagulación especializada | 8 días |
| | Perfil hepático | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Electrolitos en suero | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Perfil lipídico | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Perfil Renal | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Glucosa (en suero - LCR - otros fluidos) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Hemoglobina glicosilada | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Potasio | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Vancomicina | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| GASES ARTERIALES | Gasimetría y electrolitos en gases arteriales | 5 minutos |
| | Cultivo para hongos | 30 días |

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| | Cultivo y antibiograma para microorganismos (en cualquier muestra) | 3 días |
| | Hemocultivo gérmenes comunes | 5 días |
| MICOBACTERIAS | Cultivo para <i>Mycobacterium</i> en cualquier muestra (medio líquido MGIT) | 8 semanas |
| | Identificación de <i>Mycobacterium</i> por PCR (GeneXpert) | 24 horas |
| | Pruebas de identificación y sensibilidad (MDR: Isoniazida y Rifampicina) | 14 días |
| INMUNOLOGÍA BÁSICA Y ESPECIALIZADA | Antiestreptolisinas O - prueba cualitativa | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Embarazo, prueba en placa (látex o policlonal) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Factor RA – prueba semicuantitativa | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Sífilis - serología presuntiva (cardiolipina ó VDRL) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Marcadores tumorales | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Cortisol | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Pruebas infecciosas | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Hormona Estimulante De La Tiroides (TSH) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | SIDA - Anticuerpos VIH 1 Y 2 (virus de inmunodeficiencia 1 y 2) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Perfil tiroideo | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Vitamina B12 y D25OH | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Hormona estimulante de la tiroides (TSH) neonatal | 8 días |
| | Coprológico | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Coprosκόpico CPC (incluye: pH, sangre, azúcares reductores y parásitos) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Hemoglobina materna y fetal (APT) | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |
| | Parcial de orina - incluido sedimento | 2 hr (Urg.) / 3 hr (Hosp.) |

¿Cuáles son los tiempos de espera (oportunidad) de los procesos asistenciales en la institución?

RTA:

| ESPECIALIDAD | Tiempo Estándar de Respuesta (Consulta externa) | Tiempo Estándar de Respuesta (Urgencias) |
|------------------|--|---|
| Medicina Interna | Menor a 15 días | 2 horas |
| Cirugía General | Menor a 8 días | 2 horas |
| Ginecología | Menor a 8 días | 2 horas |
| Pediatría | Menor a 3 días | 2 horas |

¿Cómo se asigna las citas en nuestra institución?

RTA: El proceso de asignación de citas se realiza a través de tres medios: Vía WEB por medio de correo electrónico, Vía telefónica a través del PBX del Call Center (Central de Citas) y Presencial utilizando las ventanillas de citas médicas disponibles en la institución, donde al usuario se le informa fecha, hora, lugar y profesional asignado, así como el tiempo establecido para la cancelación de la cita, los requisitos para su atención.

¿Cómo se gestiona la demanda insatisfecha con los usuarios?

RTA: Se realiza análisis del indicador de demanda insatisfecha de los procesos priorizados y ante desviaciones se aplican las herramientas de mejora establecidos en la institución y se genera o una acción correctiva o un plan de mejora.

¿Cómo el usuario conoce los servicios que presta la institución?

RTA: La institución da a conocer los servicios que presta de las siguientes formas:

- A través del portafolio de servicio disponible en la Página WEB de la ESE HUS.
- El portafolio de servicios que la ESE HUS entrega a sus contratantes al momento de la oferta y contratación de servicios para que lo despliegue a sus usuarios.
- A través de los “Distintivos de Habilitación de Servicios” desplegados en las áreas de atención ambulatoria, y divulgación de videos institucionales proyectados en las salas de espera de los servicios ambulatorios.

¿Qué se hace en la institución cuando el usuario no tiene derecho a recibir atención en la institución?

RTA: El personal de admisiones informa al usuario y/o familiar cuando él no tiene derecho a recibir algún tipo de atención en la institución y se le explica las razones por las cuales no acredita el derecho a ser atendido; de igual manera se brinda información de los canales disponibles dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, para que acceda al servicio y se registra la información brindada.



¿Se tiene identificado quiénes son los involucrados en el proceso de admisiones?

RTA: Los involucrados en el proceso de admisiones de los usuarios y su familia en el área de **consulta externa** son: Técnicos administrativos y Auxiliares de Facturación, en el **procedimiento de cirugía programada** Personal de Programación quirúrgica y coordinadora de enfermería de quirófanos.

¿Qué información se le brinda al usuario y su familia en el proceso de admisión a la institución?

RTA: En **consulta externa** se les brinda información sobre la ruta de atención iniciando en el área de facturación para su registro terminando con la atención por parte del profesional, en el **servicio de urgencias** se explica cada una de las etapas que seguirá durante la atención. Los acompañantes aportan los documentos necesarios para el ingreso y reciben las pertenencias del usuario (si aplica) y en **cirugía programada** se socializan las normas, derechos y deberes y finaliza con el respectivo ingreso del usuario a cirugía.

SUBGRUPO DE ESTANDARES DE REGISTRO E INGRESO

¿Cómo cumple la ESE HUS el derecho del paciente a saber por quién es atendido?

RTA: Todos los colaboradores asistenciales y administrativos, estudiantes y docentes portan en un lugar visible el carnet de identificación, adicionalmente saludan y se presentan a los usuarios con Nombre Completo y rol que desempeñan.

¿Cómo se realiza la identificación redundante en la ESE HUS?

RTA: La identificación redundante se realiza en el HUS mediante dos ítems

1. *El Nombre Completo* y 2. *El Número del Documento de Identidad*, los cuales se registran en el brazalete o manilla de color blanco y en el rótulo de identificación para que TODOS los colaboradores realicen la verificación o identificación del usuario correcto antes de cualquier procedimiento o intervención.

¿Cuáles son los mecanismos de llamado al usuario en la sala de espera?

RTA: El profesional tratante (especialista en consulta externa, médico general en urgencias, auxiliar administrativo en imagenología, auxiliar de enfermería en quirófanos, auxiliar de laboratorio) realiza llamado personal.

¿Cómo se resuelve en la ESE HUS los inconvenientes cuando hay dificultad en la prestación de los servicios?

RTA: En el **Proceso de Urgencias** en el momento en el que se identifica que la atención no se está prestando o está fuera del portafolio, el médico tratante le informa el motivo de la demora o no atención al usuario, familiar o acudiente; desde el **servicio de consulta externa** la enfermera del servicio al momento de presentarse la novedad explica al usuario familiar o acudiente; las causas del retraso o

la no atención, e informa las posibles soluciones que como IPS planteamos para solventar la situación presentada; en el **Servicio de Quirófanos** los Profesionales del área de la salud (Especialista-Residente-Profesional de enfermería) en el momento en el que se identifica que hay eventualidad o cancelación del procedimiento se realiza llamado al familiar y en conjunto con el usuario se brinda la información de la causa de la dificultad, finalmente en el **Proceso de apoyo diagnóstico** la enfermera o profesional de salud correspondiente es la encargada de informar a los usuarios que el proceso de atención se afecta explicando los inconvenientes presentados y las razones del retraso en la atención.

¿Qué criterios de admisión tiene definido la ESE HUS?

RTA: la Institución recibe todos los usuarios sin discriminación y aquellos usuarios que requieren atención en otra institución por no disponibilidad de acuerdo con la capacidad instalada se aplica el procedimiento de referencia y contrarreferencia.

¿Se tiene un protocolo de Acogida del usuario en hospitalización?

RTA: Se cuenta con un **Protocolo de Acogida del Usuario** que describe el paso a paso de lo que el personal asistencial debe realizar para dar acogida y bienvenida a la persona y su familia en los diferentes servicios. El protocolo dependiendo del cargo, es decir si es enfermero, auxiliar, médico o camillero establece las funciones a desarrollar, los documentos, insumos o equipos a verificar y cómo hacer sentir bienvenido al usuario en el servicio; el realizar la acogida garantiza la continuidad de los servicios, es una manera de estar atento e identificar las necesidades de atención, se brinda la información horarios de visita y alimentación entre otros y se educa sobre los riesgos identificados y las acciones que debe ejecutar para su seguridad dentro del Hospital.

¿Cómo ha establecido la organización la entrega de información a los prestadores, usuarios y familia con todo lo relacionado con la preparación previa?

RTA: La Institución ha establecido proceso relacionado con la preparación previa, según las particularidades de cada proceso de la siguiente manera:

- Proceso de Consulta externa

La información e indicaciones, es suministrada por las operadoras del Call Center (Central de Citas) al momento de la asignación de la consulta, para la realización de procedimientos ambulatorios como por ejemplo los de Dermatología – Ginecología – Urología - Oftalmología.

- Servicio de Quirófanos

En las cirugías programadas la información se brinda teniendo en cuenta si la persona se encuentra hospitalizada o es ambulatorio de la siguiente manera:

Usuario ambulatorio: Se realiza cuando se hace llamado y confirmación del procedimiento quirúrgico.

En hospitalización: Establecida la programación quirúrgica el personal asistencial prepara los usuarios para el procedimiento dando cumplimiento al protocolo institucional dejando registro en la historia clínica.

- **Proceso de Laboratorio Clínico**

Usuario ambulatorio: En la página Web se encuentra disponible la información de preparación previa para laboratorio clínico, así mismo, el auxiliar administrativo del servicio informa la preparación previa al usuario.

En Hospitalización: El personal asistencial, prepara a los usuarios para los procedimientos, según los protocolos institucionales.

- **Procesos de Imagenología y Apoyo Diagnóstico Especializado**

Usuarios ambulatorios: En la asignación de la cita se realiza la entrega de la información de preparación previa.

En Hospitalización: El personal asistencial, prepara a los usuarios para los procedimientos, según los protocolos institucionales.

SUBGRUPO DE ESTANDARES: EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO

¿Cómo se tiene definido el proceso de identificación de necesidades de salud de los usuarios atendidos en la institución?

RTA: En la identificación de necesidades de salud de los usuarios atendidos en el **Proceso de urgencias**, el médico tratante realiza entrevista al usuario y/o acompañante con el fin de conocer el motivo de consulta, luego realiza examen físico incluyendo la identificación los riesgos y las necesidades físicas, psicológicas, socioeconómicas, educación, asilamiento, de prevención de infecciones, de promoción y prevención de educación y asilamiento, posteriormente indica las acciones a seguir. La enfermera identifica los riesgos de caídas, y úlceras por presión (colocando manilla correspondiente según el riesgo) los cuales deben ser registrados en la historia clínica electrónica e informa al personal asistencial la existencia del riesgo; en el servicio de **Proceso de Internación (hospitalización)**, en el traslado entre servicios se realiza evaluación de las necesidades de atención del usuario identificando riesgos y se refuerza los derechos y deberes mediante la entrega del folleto de información al usuario, una vez realizado el procedimiento se ponen las manillas correspondientes a los cambios identificados sobre riesgos del usuario. En el **Servicio de quirófanos**, el usuario debe ser recibido por el personal de transfer, donde se realiza doble verificación de la identidad del usuario, orden de procedimiento quirúrgico y condiciones requeridas para realizar el procedimiento, se aplica la primera parte de la lista de chequeo de cirugía segura en el cual se verifican las condiciones requeridas antes de trasladar al usuario a sala de cirugía programada. El usuario es recibido por el anestesiólogo y cirujano respectivo quienes aplican la segunda parte de la lista de chequeo cirugía antes de dar inicio al procedimiento identificando las necesidades de la persona de acuerdo con el procedimiento.

¿Cómo funciona el Programa de promoción y prevención en la institución?

RTA: Tiene como objetivo implementar la política de promoción y mantenimiento de la salud del Hospital mediante el fortalecimiento de las diferentes estrategias encaminadas a la atención integral en salud garantizando las condiciones necesarias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y la generación de una cultura del cuidado para todos los usuarios, familiares, y así mismo, la familia HUS. Este programa inicia con el Médico y la Enfermera quienes identifican de necesidades de acuerdo con el Curso de Vida: Primera infancia (0-5 años) · Infancia (6-11 años) · Adolescencia (12-17 años) · Juventud (18-28 años) · Adulthood (29-59 años) · Vejez (60 años y más) establecido en la *Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Resolución 3280*, y la educación correspondiente.

En el Talento Humano como pilar fundamental para el entrenamiento en puesto de trabajo se fortalece el autocuidado, aquellas prácticas cotidianas y decisiones que realizan los colaboradores de la institución para cuidar de su salud.

¿Cómo se realiza el procedimiento de aislamiento de pacientes en la institución?

RTA: Se tiene establecido el protocolo de aislamiento Hospitalario donde está definido que el médico tratante identifica la necesidad de aislamiento e informa a la enfermera de asignación de camas sobre la necesidad de habitación de aislamiento quien es la responsable debe asignar el espacio para llevar a cabo las precauciones. La enfermera del servicio debe solicitar los elementos de protección personal y la auxiliar de enfermería debe garantizar los insumos para la realización de higiene de manos según protocolo institucional. Se debe gestionar el traslado con la central de traslado quienes deben realizarlo según Protocolo traslado intrainstitucional de la persona en estado crítico y no crítico. ENF-PT-21.

¿Cuáles son los tipos de aislamiento que se manejan en la institución?

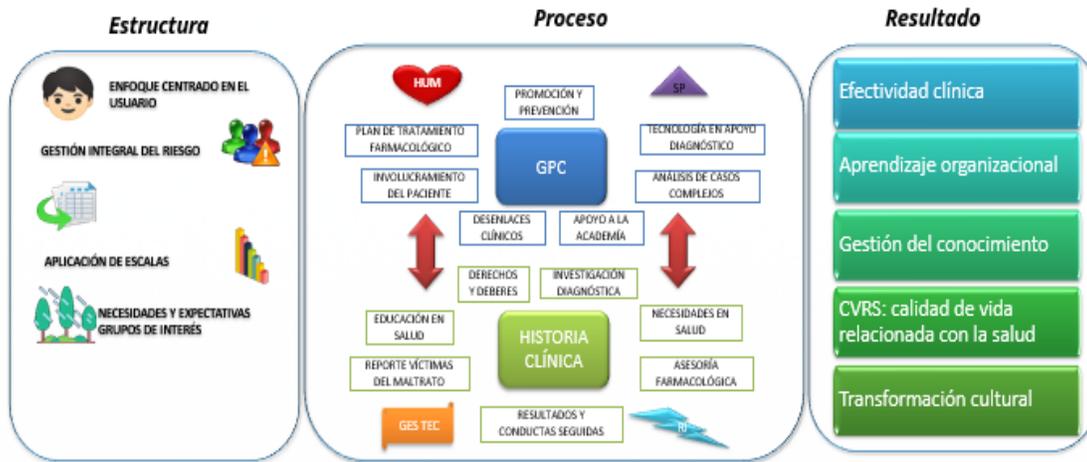


SUBGRUPO DE ESTANDARES: PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿Cómo se realiza el abordaje de riesgos poblacionales en la institución?

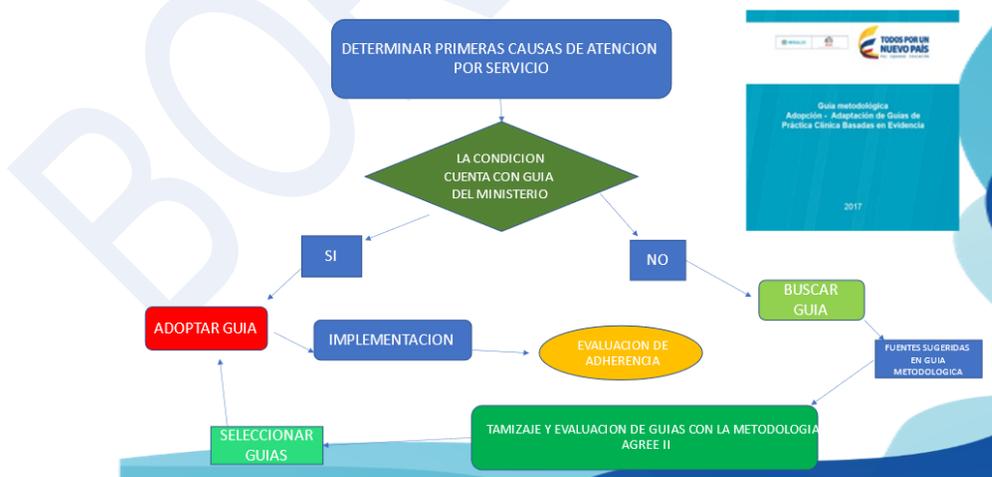
RTA: El Hospital es una *Prestador Complementario* en el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, por lo tanto, es responsable de los RIESGOS TÉCNICOS, los cuales se abordan desde el Modelo de Gestión Clínica institucional que se planteó teniendo en cuenta nuestro perfil epidemiológico frente a las Rutas Integrales de Atención en Salud.

El modelo de Gestión Clínica del HUS tiene tres componentes: Estructura, Proceso y Resultado, donde se resalta el enfoque del proceso desde la Guías de Práctica Clínica y el Soporte de la Historia Clínica.



¿Cómo se tiene definido el proceso de adopción e implementación de Guías de Práctica Clínica en la institución?

RTA Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente con el fin de asistir a los profesionales de la salud y a los usuarios en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud más apropiado en circunstancias clínicas específicas, en la institución se utiliza la guía metodológica del Ministerio de Salud y el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud IETS ya que permite acceso de manera pronta y confiable a guías de práctica clínica con evidencia calificada y clasificada con lo cual se ahorran meses y años de trabajo evitando duplicidad de esfuerzos, Su elaboración se basa en la combinación de la mejor evidencia disponible con aspectos de la experiencia clínica y las preferencias de los usuarios. El proceso para realizar la adopción de una Guía de Práctica Clínica en el HUS es de la siguiente manera:





¿Tienen los procesos de la ESE HUS Guías de Práctica Clínicas Adoptadas?

RTA: En el HUS se cuenta con un número representativo de guías aprobadas y socializadas, estas se encuentran disponibles en la Plataforma Almera, algunas guías son transversales y otras aplican a procesos específicos, de igual forma se aplica una metodología de evaluación de adherencia de los médicos a la implementación de las guías y los resultados de dicha evaluación se presenta en los grupos primarios.

¿Cómo se comunican los resultados críticos en el servicio de imagenología?

RTA: El **proceso de entrega de resultados críticos en el servicio de imagenología**, se divide en usuario hospitalizados y usuarios ambulatorios. Para los usuarios hospitalizados, una vez identificada la patología crítica se procede a llamar al servicio donde se encuentra el usuario e informar el informe preliminar verbal debe ser calificado una urgencia del área imagenología se dará prioridad máxima para su transcripción del informe. Para los usuarios ambulatorios, una vez identificada la patología crítica se procede a informar al usuario o al familiar acompañante esperar en la sala de espera, mientras el radiólogo realiza el informe escrito y se envía si es el proceder al servicio de urgencias para valoración urgente. En caso de que el usuario o familiar ya se hallan retirado se procederá a llamar al número telefónico que hayan registrado en el momento de asignación de la cita y/o facturación.

¿Cómo se comunican los resultados críticos en el servicio de laboratorio clínico?

RTA: inicia cuando se obtiene un valor de alarma, en el software del laboratorio (Enterprise) y se encuentra clasificado en usuario hospitalizado, ambulatorio y urgencia vital. En el *usuario hospitalizado* se debe verificar factores que intervengan en el resultado en un lapso de 30 minutos, en caso de *urgencia vital*, en un lapso de 5 minutos. De no existir alteraciones pre-analíticas, ni interferencias, se debe confirmar el resultado con la misma muestra y revisar simultáneamente la historia clínica del usuario en el sistema de información DGH.NET. Acto seguido, se debe llamar inmediatamente al servicio y comunicarse con el médico tratante, e informar el resultado crítico. Si no es posible la comunicación con el Médico tratante, informar al Enfermero (a) encargado del usuario, Si el Microbiólogo en la tercera llamada no tiene comunicación alguna con el servicio, envía copia del resultado crítico al servicio que corresponda con el auxiliar del laboratorio clínico.

En *usuario ambulatorio*, al presentarse un valor crítico, el Microbiólogo encargado se debe comunicar directamente vía telefónica con el usuario, a quién le informa que es necesario reclamar su resultado lo más pronto posible para que sea presentado al médico tratante de forma inmediata.

¿Cuáles son los puntos del cuidado claves para el cuidado y tratamiento en el proceso de Atención?

RTA: La institución tiene establecidos los puntos clave del cuidado y el tratamiento en los diferentes procesos entre los cuales se destacan: Apoyo emocional al usuario y su familia, apoyo espiritual o religioso, rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, valoración nutricional, soporte nutricional especial, abordaje interdisciplinario de casos complejos.

¿Cuáles son los programas de Promoción y Prevención más relevantes en la institución?

RTA: Los programas de promoción y prevención más relevantes en la institución son: Programa Madre Canguro, Estrategia IAMII, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

¿En cuáles procesos se tienen establecidos consentimiento informado?

RTA: La institución tiene establecidos los siguientes consentimientos informados: consentimiento informado cirugía COVID-19, consentimiento informado de anestesia general/regional, Consentimiento informado administración medicamento no cubierto PBS, Disentimiento informado administración medicamento no cubierto PBS, consentimiento informado para Amniocentesis, consentimiento informado para la realización de exámenes médico legal, consentimiento informado para el servicio de consulta externa modalidad de telemedicina interactiva (tele consulta), consentimiento informado para recibir quimioterapia.

¿Cómo se implementa la Humanización en la ESE HUS?

RTA: Se realiza a través de la implementación de la Política de Humanización de la institución. **IMPORTANTE:** Toda la información de la operativización de la Política se encuentra en la *Cartilla de Humanización*. Lee la cartilla y participe activamente en el proceso de Acreditación del Hospital para la Gente.

¿La institución cuenta con programas de vigilancias sanitarias y cuáles son?

RTA: Si, la ESE-HUS cuenta con 5 programas de vigilancias sanitarias, las cuales son:

- Farmacovigilancia
- Tecnovigilancia
- Hemovigilancia
- Bio-vigilancia
- Reactivo vigilancia

¿Qué función cumplen los programas de farmacovigilancia y Tecnovigilancia?

Estos programas tienen como función vigilar el uso adecuado de las tecnologías sanitarias en salud, con el fin de mitigar el riesgo de uso inadecuado de medicamentos (farmacovigilancia) o dispositivos médicos (Tecnovigilancia) que pueda causar un evento adverso en los usuarios.

¿Cómo se reportan los eventos o incidentes relacionados con el uso de medicamentos?

La ESE-HUS cuenta con la plataforma institucional Almera a través de la cual se realizan estos reportes.

¿Sabe que es la conciliación de medicamentos?

RTA: La conciliación de medicamentos es proceso formal en el que se compara la medicación habitual del usuario con la medicación prescrita en la institución, con el objetivo de no suspender tratamientos crónicos necesarios que requieren continuidad en la administración.

¿Cómo se realiza la conciliación de medicamentos en la institución?

RTA: En la ESE HUS se cuenta con el procedimiento de conciliación de medicamentos en el cual el médico debe registrar en el formato de la historia clínica los medicamentos que el usuario consume de forma habitual con el fin de comparar con la medicación que se iniciara, y de esta manera mitigar el riesgo de suspender tratamientos crónicos durante su estancia hospitalaria.

¿Qué son los medicamentos LASA?

RTA: Son los medicamentos que se parecen físicamente o sus nombres suenan parecidos; por lo cual que la ESE HUS para mitigar el riesgo de error en la dispensación y administración de estos medicamentos, los diferencia por medio de una marcación adicional de color amarillo con el enunciado alerta de similitud. El objetivo de este rotulo es, que todo el personal que manipule estos medicamentos tenga una alerta visual y un mayor cuidado al momento de su uso.

¿Cuáles son los 10 correctos de la administración segura de medicamentos?

RTA: La ESE HUS cuenta con el protocolo de administración segura de medicamentos donde se enuncian los 10 correctos, los cuales son:

1. Medicamento correcto.
2. Dosis correcta.
3. Vía correcta
4. Hora correcta
5. Paciente correcto
6. Indagar alergias
7. Educar sobre la medicación
8. Dilución y velocidad correcta
9. Realizar registros
10. Seguimientos de los efectos.

¿Qué son medicamentos de alto riesgo?

RTA: La ESE-HUS cuenta con un procedimiento de uso seguro de medicamentos de alto riesgo y los define como aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves e incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Asimismo, se cuenta con un listado institucional de medicamentos de alto riesgo.

¿Cómo se realiza la revisión de alertas sanitarias y con qué periodicidad?

RTA: El programa institucional de farmacovigilancia dentro de entre sus actividades realiza la revisión de las alertas sanitarias emitidas por el INVIMA con una periodicidad semanal y, la gestión de la alerta sanitaria se realiza de acuerdo con la recomendación emitida en la misma alerta.

SUBGRUPO DE ESTANDARES: EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

¿Cómo es el proceso de educación e información que se le da al usuario y su familia durante la ejecución del tratamiento?

RTA: En la ESE Hospital Universitario de Santander, la educación e información que se le brinda al usuario, familiar y/o cuidador, es de acuerdo con el documento GMC-SIU-MA-02 Manual de educación para la salud brindada al usuario, familiar y/o cuidador, donde se establecen las estrategias de enseñanza y aprendizaje de la educación para la salud y las estrategias de evaluación de la comprensión del usuario, familiar y/o cuidador. El proceso inicia con una planeación para la definición del tipo de sesión (individual o grupal), seguido de definir el tipo de estrategia de enseñanza - aprendizaje (exposición, pregunta, error y/o enseñanza situada), posterior se selecciona el tipo de técnica o ayuda metodológica de enseñanza - aprendizaje (actuación, audiovisual y/o visual), para finalizar definiendo el tipo de estrategia de evaluación de comprensión (enseñanza situada, pregunta y/o observación partícipe). De esta manera, se desarrolla la sesión educativa en cuatro fases:

1. Fase inicial.
2. Fase central.
3. Fase de cierre o final
4. Fase de registro.

Y se brinda en los siguientes momentos:

- Durante la acogida o ingreso al servicio.
- Durante la atención en el servicio.
- Educación médica durante la atención.
- Educación de enfermería durante la atención.
- Planificación de la educación para el alta hospitalaria.
- Educación al egreso institucional.
- Educación en el seguimiento.

¿Como se evalúa que los cuidados y tratamiento sean consistentes a las guías de práctica clínica (medición de adherencia, retroalimentación y mejoramiento)?

RTA: En la ESE Hospital Universitario de Santander se realiza a través de la evaluación de la adherencia a las recomendaciones adoptadas de las Guías de Práctica Clínica y la aplicación de lista de chequeo para protocolos y procedimientos como herramientas para evaluación de la calidad de los cuidados brindados a los usuarios, familiares y/o cuidadores que reciben una atención humanizada y segura.

¿La institución como aborda los casos de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar?

RTA: El Hospital Universitario de Santander aborda los casos de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y violencia sexual, siguiendo los protocolos institucionales y la ruta de atención a las diferentes víctimas relacionadas anteriormente, siguiendo los lineamientos y abordando al usuario con el personal médico y de enfermería; quien a su vez explica el procedimiento a seguir y se le informa las especialidades que lo van a interconsulta, los exámenes médicos a solicitar y el manejo de medicamentos profilácticos para VIH, ITS y Anticonceptivos de emergencia, de igual manera el reporte oportuno a las diferentes entidades judiciales por medio de la ficha epidemiología y el consentimiento informado que da el aval para realizar entrevista y recolección de elementos materiales probatorios. Todo esto con el fin de brindar una atención inmediata a los usuarios enmarcados en un trato humano y oportuno.

¿Cómo se garantiza el derecho a la segunda opinión médica en la institución?

RTA: El médico u cualquier profesional que tenga contacto con el usuario identifica la solicitud que realiza el usuario de una segunda opinión médica, realiza el registro en la historia clínica y efectúa orden solicitando el servicio, la cual es remitida a la Empresa responsable de pago (ERP); cuando el servicio este autorizado la institución garantiza el ingreso del profesional asignado para la valoración y posteriormente solicita el reporte formal del concepto médico el cual es anexado a la historia clínica.

¿Cómo se realiza el abordaje de los casos complejos en la institución?

RTA: Se realiza a través de juntas médicas, donde participan diferentes profesionales con el fin de definir de manera conjunta la mejor opción de tratamiento. En el Hospital se realizan juntas de acuerdo con la necesidad del usuario y de igual forma se tienen establecidas las siguientes juntas medicas de manera estandarizada como lo son:

- Junta médica general del usuario hospitalizado y ambulatorio
- Junta médica oncológica del usuario hospitalizado y ambulatorio
- Junta médica materno fetal del usuario hospitalizado y ambulatorio

¿Cuáles son las necesidades de educación en salud de sus los usuarios que tiene definida la institución ESE-HUS?

RTA: En la institución se tienen identificadas las siguientes situaciones donde se brinda educación al usuario, familia y/o cuidador.

- Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Prevención de Enfermedades Infecciosas.
- Promoción del autocuidado y seguridad durante la hospitalización
- Cuidado en casa después del alta hospitalaria.
- Durante en el seguimiento post-egreso.

SUBGRUPO DE ESTANDARES: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

¿Cómo es el proceso para la evaluación de la calidad de la historia clínica en la institución?

RTA: Los profesionales auditores de calidad reciben mensualmente la base de datos de egresos para seleccionar las historias que se van a evaluar, realizan un muestreo estadístico para determinar el tamaño de la muestra para cada servicio, se identifican los usuarios que presentan reingreso y aquellos que tengan patologías en las cuales ya se tengan adoptadas guías de práctica clínica con la metodología del ministerio, se procede a realizar la auditoria mediante el formato de evaluación, se realiza el análisis por servicio teniendo en cuenta promedio global de las historias revisadas, promedio de calificación de cada ítem y tendencia de calificación del servicio, finalmente se realiza informe semestral donde se incluyen los principales hallazgos, recomendaciones y conclusiones que se entregan a las subgerencias para posteriormente ser presentados en el comité de historias clínicas.

La institución realiza la evaluación teniendo en cuenta la siguiente escala:

| ESCALA DE EVALUACIÓN | |
|----------------------|-----------------------|
| CALIFICACIÓN | PORCENTAJE DE |
| Excelente | Mayor a 95,1% |
| Buena | Desde 85,1% hasta 95% |
| Regular | Desde 70,1% hasta 85% |
| Deficiente | Desde 0% hasta 70% |

¿Cuál es el manejo que se le da al usuario consultador crónico en la institución?

RTA: Desde el proceso de gestión de urgencias y gestión ambulatoria se identifica el consultador crónico el cual es el usuario que ingresa 7 o más veces al año, la información es enviada a la enfermera de egresos quien envía la remisión a la institución responsable de la atención en salud de acuerdo con la condición del usuario, le brinda información sobre el motivo de la remisión dejando el registro en la historia clínica y realizando la gestión con las diferentes Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) cuando no cuenten con seguridad social.

SUBGRUPO DE ESTANDARES: SALIDA Y SEGUIMIENTO

¿Cuáles son las causas de egreso que tiene definido la institución?

RTA: La institución tiene definidas 5 causas de egreso institucional: Mejoría, Salida Voluntaria, Referencia, Fuga y Muerte.

¿La ESE HUS realiza seguimiento pos-egreso a los usuarios atendidos?

RTA: Si, la Enfermera del Programa de Egreso y Seguimiento junto con los diferentes programas tienen establecido el seguimiento que se realiza pos-egreso de las condiciones priorizadas para seguimiento dentro de las cuales se encuentran:

- Usuarios con medicamentos de alto riesgo
- Usuarios con dispositivos médicos
- Usuarios en posoperatorio de cirugías
- Usuario con ostomías
- Usuarios oxígeno dependientes

SUBGRUPO DE ESTANDARES: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

¿cuáles son las causas de remisión de pruebas diagnósticas a otra institución?

La institución tiene identificadas las patologías que deben ser remitidas de acuerdo con la capacidad instalada del Hospital las cuales se describen a continuación:

- ECMO
- Electrofisiología
- Cirugía Cardiovascular
- Neurocirugía
- Gammagrafía
- Estratificación no invasiva de enfermedad coronaria
- Sarcoma nasosinusal bifásico de bajo grado
- Leucemia linfoblástica aguda
- Aplasia medular severa idiopática