

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL							FECHA DE ELABORACIÓN		12/10/2001		
CODIGO: CAL-F-078							FECHA DE ACTUALIZACIÓN		18/03/2025		
							PÁGINA		1		
VERSIÓN: 3							REVISÓ Y APROBÓ		Grupo Primario Gestión de Calidad		
FASE DE IDENTIFICACIÓN			FASE DE PLANEACIÓN DE ACCIÓN								
TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO (Registrar o transcribir el hallazgo identificado en el informe de auditoría)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CICLO DE MEJORA	COMO		CUANDO		QUIEN			
				ACTIVIDADES / ACCIONES	PRODUCTO ENTREGABLE	FECHA		RESPONSABLE: Nombre/ Proceso/Área	PARTICIPANTES		
						INICIO (DD/MM/AA)	FIN (DD/MM/AA)				
NC	Se detectaron errores en el número de identificación (cédula) y en el tipo de sangre en la hoja de identificación del paciente, así mismo la identificación del riesgo en la cabecera de cama no concuerda con la manilla puesta al paciente. Desconocimiento del usuario que indica el color de la camilla que tiene. Colocar las manillas de identificación del riesgo de hemorragia al momento en que el paciente ingresa desde el servicio de cirugía a hospitalización, incluso si aún no se ha realizado en el otro servicio. Se realice el cambio cuando esta sea visiblemente deteriorada.	Fortalecer la adherencia al protocolo de identificación del paciente.SDP PT 002	P	Estructurar un cronograma de socialización y evaluación del protocolo de identificación del paciente al personal asistencial de unidades hospitalarias.	Cronograma	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Líderes de los servicios		
			H	Implementar el cronograma establecido	Material educativo- Informe de implementación	4/06/2025	15/07/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Líderes de los servicios		
			H	Medir la apropiación del conocimiento al protocolo de identificación del paciente	Informe de evaluación	4/06/2025	15/07/2025	Coordinadora de enfermería, Coordinador médico	Líderes de los servicios		
			V	Evaluar la adherencia a través de evaluación de paciente trazador	Informe de paciente trazador	15/07/2025	30/09/2025	Oficina de calidad	Líderes de los servicios		
			A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/10/2025	Oficina de calidad	Líderes de los servicios		
NC	No se evidencia en los baños barandas de seguridad, ni cintas antideslizantes para la prevención de riesgo de caída.	Fortalecer las barreras de seguridad (Cinta antideslizantes) en las unidades sanitarias de los servicios del Hospital Local del Norte.	P	Identificar las unidades sanitarias que requieren barreras de seguridad de los servicios del Hospital Local del Norte	Inventario de unidades sanitarias	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería	Líderes de los servicios		
			H	Realizar requerimiento de compras de barreras de seguridad (Cinta antideslizantes) a la subgerencia administrativa, subgerencia científica	Requerimiento	27/05/2025	3/06/2025	Coordinadora de enfermería	Líderes de los servicios		
			H	Instalar las cintas antideslizante en unidades sanitarias	Informe de instalación	4/06/2025	30/09/2025	Ingeniero civil- Almacén	Líderes de los servicios		
			V	Verificar instalación de cintas antideslizantes en las unidades sanitarias del Hospital local del Norte	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	Líderes de los servicios		
			A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Oficina de calidad			
NC	Se evidenció que la capacidad del personal de servicios generales es insuficiente para cubrir la carga de trabajo en el área de hospitalización. Se evidencia recipientes de envasado de insumos por parte de servicios generales sin rotular que están utilizando. En cuanto al proceso de limpieza y desinfección, no utilizan los elementos de protección biomédicos, superficies y áreas.SDP-PT-020 Se evidencia sangre en el piso de la habitación 305, usuario refiere que fue en la noche anterior	Fortalecer la verificación del cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección equipos biomédicos, superficies y áreas.SDP-PT-020	P	Definir la metodología para verificar la suficiencia del personal de aseo, garantizando el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección.	Metodología definida	15/06/2025	30/06/2025	Líder de infecciones	Líderes de los servicios		
			H	Implementar la verificación de la suficiencia del personal de aseo y el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección.	Informe de verificación	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Líderes de los servicios		
			V	Supervisar el cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Líderes de los servicios		
			A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/07/2025	30/10/2025	Líder de infecciones	Líderes de los servicios		
NC	No se evidencia educación al paciente y a sus familiares sobre derechos y deberes, su patología manejo y pronóstico, la importancia de la higiene de manos y del cuidado de los accesos venosos periféricos durante cada turno. Al momento de dar indicaciones de egreso, adicionar indicaciones específicas de acuerdo con las patologías del usuario, enfocadas al autocuidado, demanda inducida para los programas de Programas de Promoción y Mantenimiento de la salud. Al indagar desconoce la política y las estrategias del programa de humanización, seguridad del paciente el personal del servicio de internación.	Fortalecer la educación al paciente y a sus familiares en derechos y deberes de los pacientes, seguridad del paciente e información sobre su patología y tratamiento, autocuidado	P	Ajustar la guía de educación e información al usuario	Guía definida	29/05/25	10/06/25	Líderes de los servicios			
			H	Educar e informar al usuario al ingreso, durante y al egreso hospitalario de acuerdo a la guía de información al usuario, en los servicios de: urgencias, hospitalización, cirugía, atención de parto,	Informe de educación	10/06/25	30/10/25	Líderes de los servicios			
			V	Auditar la planilla de firmas de educación al usuario de manera mensual	Planilla de firmas	10/06/25	30/10/25	Coordinadora de Enfermería			
			V	Auditar el registro de la educación brindada al paciente durante la atención en los servicios de: urgencias, hospitalización, cirugía, atención de parto, de acuerdo a una muestra representativa de historias clínicas	Informe de auditoría	02/09/25	30/10/25	Coordinador medico			
			A	Actuar frente a desviaciones encontradas	Informe de auditoría	02/09/25	30/10/25	Coordinador medico			
NC	En registro de historia clínica: No se indaga sobre el contexto sociocultural del paciente ni psicológico, no se evidencia en historia clínica. No se identifican riesgos, recomendaciones médicas y signos de alarma e incompletas. Con relación a convenio docente servicio desconoce las guías de prácticas clínicas para su consulta y aplicación en el proceso de atención.	Fortalecer el correcto diligenciamiento de la historia clínica y la adherencia de guías de practica clínica por parte del personal medico.	P	Estructurar un cronograma de capacitación de las primeras causas de atención.	Cronograma	27/05/2025	3/06/2025	Coordinador medico	Líderes de los servicios		
			H	Realizar capacitación según cronograma establecido	Informe de capacitaciones	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico			
			H	Socializar a los médicos docentes servicios las guías de practicas clínicas	Informe	4/06/2025	30/09/2025	Coordinador medico			
			V	Evaluar la adherencia a través de auditoría de historia clínica	Informe de adherencia	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico			
			A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/10/2025	30/11/2025	Coordinador medico			

30/04/2025	1.Auditoria Interna- Control Interno ISABU	NC	Se identificaron irregularidades en el uso de documentos en el área evaluada, formatos desactualizados, sin codificación oficial ni el logotipo institucional vigente. Esto evidencia un incumplimiento de los lineamientos del sistema de gestión documental y puede afectar la calidad y trazabilidad de los procesos.	Actualizar los documentos del servicio de internación.	P	Diagnosticar el estado de los documentos del servicio de internación	Acta	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	
					H	Actualizar los documentos del servicio de internación	Documentos actualizados	26/05/2025	13/06/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	
					H	Socializar con el personal asistencial los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/09/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	
					V	Evaluar el conocimiento del personal de los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/09/2025	Coordinadora de enfermería- Líder de internación	
					V	Verificar por medio de lista de chequeo el uso correcto de los documentos actualizados	Informe	14/06/2025	30/10/2025	Profesional de calidad	Líderes de los servicios
					A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	14/06/2025	30/10/2025	Profesional de calidad	Líderes de los servicios
30/04/2025	1.Auditoria Interna- Control Interno ISABU	NC	Diligenciar las escalas de riesgo de caída en las historias clínicas de los pacientes para una mejor evaluación y prevención.	Fortalecer la adherencia al Protocolo de prevención de caídas. SDP-PT-006	P	Actualizar el Protocolo de prevención de caídas. SDP-PT-006, incluyendo la frecuencia de valoración del riesgo de caídas.	Protocolo actualizado	27/05/2025	30/06/2025	Coordinación de enfermería- líder de seguridad del paciente	Líderes de los servicios
					H	Socializar con el personal asistencial el Protocolo de prevención de caídas.	Informe	1/07/2025	30/07/2025	Coordinación de enfermería- líder de seguridad del paciente	Líderes de los servicios
					V	Auditar el diligenciamiento de la escala de dowlton en historia clínica según la frecuencia.	Informe	1/08/2025	30/09/2025	Líder de seguridad del paciente	
					A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/08/2025	30/09/2025	Líder de seguridad del paciente	
30/04/2025	1.Auditoria Interna- Control Interno ISABU	NC	Inadecuada segregación de residuos peligrosos en recipiente rojo. Se observa refunde en guardián. Se observa en carro de preparación de medicamentos bolsa transparente donde se recolectan los guantes	Educar al personal sobre la importancia de la segregación adecuada de residuos y los procedimientos específicos para la gestión de diferentes tipos de residuos médicos.	P	Estructurar capacitación al personal de internación en la correcta segregación de residuos.	Acta	2/05/2025	30/05/2025	Líder de gestión ambiental	
					H	Socializar al personal de internación la adecuada segregación de los residuos	Acta de capacitación	2/05/2025	30/06/2025	Líder de gestión ambiental	Personal asistencial servicio de internación.
					V	Verificar con Lista de chequeo Gestión ambiental.GAM-F-076	Informe y listas de chequeo	1/07/2025	30/10/2025	Líder de gestión ambiental	
					A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	27/05/2025	30/10/2025	Líder de gestión ambiental	
30/04/2025	1.Auditoria Interna- Control Interno ISABU	NC	Se evidencia sifón sin rejilla en el cuarto de aseo	Fortalecer las barreras de seguridad (rejillas) en los diferentes sifones del Hospital Local del Norte.	P	Identificar los sifones que requieren barreras de seguridad (rejillas) en el servicio de internación del Hospital Local del Norte.	Inventario de sifones	27/05/2025	16/06/2025	Líder de gestión ambiental	
					H	Realizar requerimiento de compras de barreras de seguridad (rejillas para sifones) al área de almacén general.	Correo	16/06/2025	30/06/2025	Líder de gestión ambiental	
					H	Instalar las rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local del Norte	Informe de instalación	1/07/2025	30/08/2025	Almacén- Mantenimiento	
					V	Verificar correcta instalación de rejillas en los sifones identificados en el servicio de internación del Hospital Local del Norte	Informe de verificación	1/09/2025	15/09/2025	Líder de gestión ambiental	
					A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe	1/09/2025	15/09/2025	Líder de gestión ambiental	
30/04/2025	1.Auditoria Interna- Control Interno ISABU	NC	En el servicio de internación a lo cual responden no conocerlo, por lo tanto falta despliegue del PAMEC con el personal del servicio	Fortalecer la socialización al personal de enfermería respecto al plan de mejora de PAMEC	P	Estructurar un cronograma de socialización del Plan de acción PAMEC por servicio a través de los grupos primarios por servicio	Cronograma	3/06/2025	10/06/2025	Líderes de los servicios	Coordinadora de Enfermería
					H	Socializar en el grupo primario de los servicios el plan de acción PAMEC y sus avances	Actas de grupo primario	3/06/2025	30/10/2025	Líderes de los servicios	Coordinadora de Enfermería
					V	Evaluar en la metodología de paciente trazador el conocimiento del personal en el plan de acción PAMEC	Informe de paciente trazador	2/07/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	
					A	Actuar frente a las desviaciones encontradas	Informe de paciente trazador	2/07/2025	30/11/2025	Oficina de calidad	
RESPONSABLES DEL PLAN											
Elaboración				Revisión		Aprobación					
Nombre _____				Nombre _____		Nombre _____		Nombre _____		Nombre _____	
Cargo _____				Cargo _____		Cargo _____		Cargo _____		Cargo _____	
Firma _____				Firma _____		Firma _____		Firma _____		Firma _____	
Nombre _____				Nombre _____							
Cargo _____				Cargo _____							
Firma _____				Firma _____							