ACTA DE REUNION
GII-GDO-FO-12, Versión 4
PROCESO GESTION INTEGRAL DE LA INFORMACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CONSECUTIVO	3	**FECHA**	21 de Marzo de 2018	**LUGAR**	Sala de Juntas Hemocentro
HORA PROGRAMADA	7:30 AM	**HORA DE INICIO**	7:40 AM	**HORA FINAL**	9:30 AM
MOTIVO DE LA REUNIÓN	Comité de Calidad No. 3				

ASISTENTES	
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	**CARGO – AREA – ENTIDAD**
INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CALIDAD	
Sigifredo Fonseca González	Delegado de Gerencia - ESE HUS
Martha Rosa Amira Vega Blanco	Subgerente Administrativa y Financiera - ESE HUS
Helda Cecilia Amaya Díaz	Subgerente Servicios de Enfermería - ESE HUS - UIS
Sigifredo Fonseca González	Subgerente Servicios Apoyo Diagnostico - ESE HUS - UIS
Álvaro Gómez Torrado	Subgerente de Servicios de Alto Costo - ESE HUS - UIS
Sigifredo Fonseca González	Subgerente de Médicos (E) - ESE HUS - UIS
Myriam Fanny Anaya Martínez	Jefe Oficina Asesora de Calidad - ESE HUS
Héctor Enrique Ariza Diaz	Jefe Oficina Desarrollo Institucional (E) - ESE HUS
INVITADO PERMANENTE	
Julio Hernán Villabona Vargas	Jefe Oficina Asesora de Control Interno - ESE HUS
INVITADOS	
Guillermo Gómez Moya	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico – ESE HUS - UIS
Nataly Galván Camacho	Profesional Universitario SIAU - ESE HUS
Juan Sebastián Ardila	Profesional Universitario de Apoyo - Gestión Integral
María Camila Prada Pelago	Profesional Universitario Psicología - Gestión Integral
Myriam Johana Arcila Carrasco	Profesional Universitario de Apoyo - Gestión Integral

ITEM	**AGENDA DE LA REUNIÓN**	**¿SE CUMPLIO?**	
		SI	**NO**
1	Verificación de Quórum	X	
2	Lectura y aprobación del orden del día	X	
3	Lectura y aprobación del acta anterior (02 de 2018)	X	
4	Compromisos pendientes del comité de calidad No. 02 de 2018	X	
5	Aprobación estructura Mapa de Procesos E.S.E. HUS	X	
6	Presentación de Indicadores de SIAU, Resolución 256 de 2016, correspondientes al mes de Enero y Febrero de 2018	X	
7	Socialización de los documentos aprobados en el mes de Febrero y Marzo de 2018	X	
8	Proposiciones y varios	X	

DESARROLLO DE LA REUNION

1. Se verifica el quorum con el llamado a lista de los integrantes del comité y de acuerdo al Artículo Octavo de la Resolución 0420 del 2016, se establece que hay quorum deliberatorio y decisorio para dar inicio al Comité de Calidad No. 3.

   A continuación, se deja constancia que se encuentran presentes los siguientes miembros del comité, lo que constituye quórum valido para sesionar y decidir:

   - Sigifredo Fonseca González, Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico, Subgerente de Médicos (E) y quien a su vez esta delegado por la Gerencia para representar al Doctor Edgar Julian Niño Carrillo en el presente comité.
   - Helda Cecilia Amaya Díaz, Subgerente Servicios de Enfermería
   - Álvaro Gómez Torrado, Subgerente de Servicios de Alto Costo
   - Myriam Fanny Anaya Martínez, Jefe Asesora Oficina de Calidad
   - Héctor Enrique Ariza Diaz, Jefe Oficina Desarrollo Institucional (E)

   En el desarrollo del quinto (5) punto de la agenda del Comité de Calidad, hace presencia la Doctora Martha Rosa Amira Vega Blanco, Subgerente Administrativa y Financiera.

   El Doctor Juan Paulo Serrano Pastrana, Subgerente de Servicios Quirúrgicos y el Doctor Jurg Niederbacher Velásquez, Subgerente de Servicios de Mujer e Infancia, no asistieron al Comité de Calidad No. 3 y no presentaron la respectiva excusa que justificara su ausencia.

2. Se procede a la lectura de la agenda del día, la cual es aprobada por los integrantes del comité presentes, sin ninguna observación, quedando establecida de la siguiente manera:

   1. Verificación del Quorum.
   2. Lectura y aprobación del orden del día.
   3. Lectura y aprobación del acta anterior (02 de 2018)
   4. Compromisos pendientes del comité de calidad No. 02 de 2018
   5. Aprobación estructura Mapa de Procesos E.S.E. HUS
   6. Presentación de Indicadores de SIAU, Resolución 256 de 2016, correspondientes al mes de Enero y Febrero de 2018
   7. Socialización de los documentos aprobados en el mes de Febrero y Marzo de 2018
   8. Proposiciones y Varios.

3. El acta de Comité de Calidad No. 02 de 2018, fue enviada con anterioridad a los correos electrónicos institucionales de los integrantes para su conocimiento y revisión. Por parte de la Doctora Myriam Fanny Anaya, Jefe de Oficina Asesora de Calidad y la Jefe Helda Cecilia Amaya Diaz, Subgerente de Servicios de Enfermería; se recibió respuesta al correo electrónico en el que manifiestan no tener observaciones sobre el acta enviada y por parte de ellas queda aprobada.

   Posteriormente en el comité se somete a consideración y es aprobada por unanimidad de votos del comité de calidad.

4. Se mencionan los compromisos pendientes del comité de calidad No. 02 de 2018 y se verifica el cumplimiento de estos con el profesional encargado, como se muestra a continuación:

COMPROMISOS	ACTA No.	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	% DE CUMPLIMIENTO	AVANCE
Enviar oficio a la Subgerencia Administrativa y Financiera, con copia a la Oficina Asesora de Control Interno y Gerencia, solicitando respuesta del oficio enviado en el mes de Diciembre de 2017, en el cual se solicita tomar medidas correctivas que minimizaran el impacto que está generando la no disponibilidad de ropa para pacientes, usuarios y/o familiares en la satisfacción global e informar la gestión realizada	11 de 2017 y 01 de 2018	Jefe Oficina Asesora de Calidad Myriam Fanny Anaya Martínez Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional Hernán Alonso Delgado Centeno	20 de Diciembre de 2017	50%	La Subgerencia Administrativa y Financiera, emitió respuesta, frente a la cual los integrantes del Comité de Calidad manifiestan que el Plan de Mejora definido, no permite subsanar el hallazgo presentado y se decide regresarlo, solicitando se especifiquen y cuantifiquen las acciones y/o actividades definidas, de manera que se pueda realizar seguimiento y evidenciar una mejora frente al hallazgo presentado. La profesional de PAMEC, realiza la devolución del plan de mejora y solicita a la Subgerencia Administrativa y Financiera mediante oficio y correo electrónico la modificación, pero a la fecha no ha obtenido respuesta.

Respecto a este compromiso la Jefe Helda Cecilia Amaya Díaz, Subgerente de Servicios de Enfermeria, manifiesta que sobre la disponibilidad de ropa quirúrgica para pacientes, usuarios y/o familiares ya se está trabajando y ella tiene conocimiento de esto porque las acciones correctivas se han manejado y gestionado desde el área de esterilización; no obstante solicita que dichos avances sean informados por parte de la Subgerente Administrativa y Financiera, puesto que ella es la responsable de dicho compromiso.

Por lo anteriormente expuesto los integrantes presentes del Comité de Calidad, determinan enviar nuevamente comunicación interna a la Subgerencia Administrativa y Financiera (oficio) en la que se solicite respuesta formal; con copia a la Oficina Asesora de Control Interno para que ésta realice el respectivo seguimiento.

5. La Ingeniera Myriam Johana Arcila Carrasco, Profesional Universitario de Apoyo – Oficina Asesora de Calidad – Gestión Integral, realiza la presentación de la nueva estructura del Mapa de Proceso de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, el cual es resultado de las actividades desarrolladas por los líderes de los grupos estándares de acreditación, jefes de oficinas asesoras y subgerentes de la institución, los días 14, 15 y 16 de Marzo de 2018 en compañía del Doctor Marco Aurelio Sosa Giraldo, Grupo Asesor Acreditación CPC SAS - ESE HUS.

Se realiza la descripción del mapa de procesos resaltando los siguientes cambios significativos:

- Los 18 procesos plasmados en el mapa de procesos se denominarán a partir de la fecha **MACROPROCESOS** y los subprocesos **PROCESOS**.

- Gestión Financiera y Gestión de Talento Humano, dejan de ser procesos de apoyo y se establecen como procesos estratégicos.
- El nombre de Investigación y Docencia es modificado de la siguiente manera: Docencia, Investigación e Innovación.
- El nombre de Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios es modificado de la siguiente manera: Gestión Jurídica.
- El nombre de Gestión de Auditoria para el Mejoramiento es modificado de la siguiente manera: Gestión de Control.
- La descripción de la entrada correspondiente a Necesidades y Expectativas del Paciente es modificada de la siguiente manera: Necesidades y Expectativas de los Usuarios y su Familia
- La descripción de la salida correspondiente a Egreso y Continuidad es modificada de la siguiente manera: Egreso y Seguimiento.
- La descripción de la salida correspondiente a Satisfacción, Calidad y Seguridad de los Pacientes es modificada de la siguiente manera: Satisfacción, Calidad y Seguridad de los Usuarios y su Familia.
- Las fechas que describen la ruta de los pacientes dentro de los procesos misionales es modificada.
- Como ejes transversales identificados en el mapa de procesos se definen los siguientes:
  - Atención Centrada en el Usuario y su Familia
  - Cultura Organizacional
  - Atención Humanizada
  - Gestión Clínica, Excelente y Segura
  - Responsabilidad Social Empresarial
  - Gestión del Riesgo.

Una vez presentada la nueva estructura del mapa de procesos, los integrantes del Comité de Calidad realizan los respectivos analices y manifiestan que se debe incorporar una flecha que indique el egreso de pacientes de la Gestión de Cuidado Intensivos, aclarando que esto corresponde a egresos por fallecimiento o remisión a otras instituciones.

Posteriormente, se presenta los Macroprocesos con sus respectivo Procesos.

Los cambios realizados en cuanto a procesos, líderes y responsables de acuerdo a la nueva estructura del mapa de procesos son los señalados en color rojo; lo subrayado en color amarillo queda pendiente de definirse en el próximo Comité de Gerencia:

MACROPROCESOS		LIDER	PROCESOS	RESPONSABLES DE PROCESOS
PROCESOS ESTRATEGICOS	GESTIÓN DIRECTIVA	Gerente		
	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Jefe de Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	**Comunicación**	Jefe de Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
			Planeación	
			Mercadeo	
	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Jefe de Oficina Asesora de Calidad	**Calidad (SUH, SUA, SUI, PAMEC)**	Jefe de Oficina Asesora de Calidad
			Seguridad del Paciente	
			Auditoria Prestación de Servicios	
			Sistema de Información del Usuario	Profesional Universitario de SIAU

MACROPROCESOS		LIDER	PROCESOS	RESPONSABLES DE PROCESOS
PROCESOS ESTRATEGICOS	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Subgerente Administrativa y Financiera	Talento Humano	Profesional Especializado Unidad Funcional de Talento Humano
			Seguridad y Salud en el Trabajo	
			Gestión del Riesgo de Desastres	
	GESTIÓN FINANCIERA	Subgerente Administrativa y Financiera	Presupuesto	Profesional Especializada Unidad Funcional de Recursos Financieros
			Contabilidad	
			Costos	
			Facturación	
			Cartera	
			Tesorería	
PROCESOS MISIONALES	DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Subgerente de Servicios de Alto Costo	Investigación	Subgerente de Servicios de Alto Costo
			Innovación	
			Docencia - Servicio	
			Epidemiología	
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
			Urgencias Pediátricas	Subgerente de Mujer e Infancia
			Urgencias Gineco-Obstétricas	
	GESTIÓN DE INTERNACIÓN	Subgerente de Medicas	Medicina Interna	Subgerente de Medicas
			Infectología Adulto - Infectología Pediátrica	Subgerente de Servicios de Alto Costo Médico Especialista Infectólogo(adulto)
			Unidad Neonatal (Básico, Intermedio, Intensivo)	Subgerente de Mujer e Infancia
			Hospitalización Pediátrica	Subgerente de Mujer e Infancia
			Hospitalización Gineco-Obstétricas	Subgerente de Mujer e Infancia
			Hospitalización por Cirugía General y Especializada	Subgerente de Servicios Quirúrgicos
			Unidad de Quemados	Subgerente de Servicios de Alto Costo Médico Especialista Unidad de Quemados

MACROPROCESOS		LIDER	PROCESOS	RESPONSABLES DE PROCESOS
PROCESOS MISIONALES	GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	Subgerente de Servicios de Alto Costo	**Cuidados Intensivos - Intermedio Adulto**	Médico Especialista Cuidados Intensivos Adulto
			Cuidados Intensivos - Intermedio Pediátrico	Médico Especialista Cuidados Intensivos Pediátrico
	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	**Quirófanos**	Subgerente de Servicios Quirúrgicos
			Anestesiología	
			Trasplantes	
			Esterilización	Subgerente Servicios Enfermería
	GESTIÓN AMBULATORIA	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	**Consulta Externa**	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico
			Madre Canguro	Subgerente de Mujer e Infancia
			Oncología	Subgerente de Alto Costo
	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico	**Imagenología (Radiología e Imágenes Diagnósticas)**	Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico
			Patología	
			Radiología Intervencionista	
			[redacted]	[redacted]
			[redacted]	[redacted]
			Laboratorio Especializado de Hematología	Profesional Especializado Área de la Salud
			Laboratorio Clínico	Profesional Universitario Área de la Salud

MACROPROCESOS		LIDER	PROCESOS	RESPONSABLES DE PROCESOS
PROCESOS MISIONALES	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Rehabilitación (Audiología, Ortesis y Prótesis)	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico
			Fisioterapia (Terapia Respiratoria y Física)	
			Farmacia	Profesional Universitario de Farmacia
			Nutrición	Profesional Universitario de Nutrición
			[redacted]	[redacted]
PROCESOS DE APOYO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Subgerente Administrati-va y Financiera	Equipos Biomédicos	Profesional Universitario de Mantenimiento
			Equipos Industriales	Profesional Universitario de Servicios Básicos
			Equipos Hardware	Profesional Especializada Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y la Información
	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Subgerente Administrativa y Financiera	Lavandería	Profesional Especializado Unidad Funcional de Recursos Físicos y Servicios Básicos
			Vigilancia	
			Servicios Generales	
			Planta Física (Incluye lo relacionado con alimentación)	
			Gestión Ambiental	
			Control de Inventarios	Profesional Universitario Almacén
			Almacén	

MACROPROCESOS		LIDER	PROCESOS	RESPONSABLES DE PROCESOS
PROCESOS DE APOYO	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Subgerente Administrativa y Financiera	Gestión Documental	Profesional Especializada Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y la Información
			Sistemas de Información	
			Estadística	
	GESTIÓN JÚRIDICA	Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Jurídica	Jefe de Oficina Asesora Jurídica
			[redacted]	[redacted]
			Control Interno Disciplinario	Profesional Universitario de Control Interno Disciplinario
PROCESO DE EVALUACIÓN	GESTIÓN DE CONTROL	Jefe de Oficina Asesora de Control Interno	Control Interno	Jefe de Oficina Asesora de Control Interno

Finalmente se aprueba por parte del Comité de Calidad, la estructura del mapa de procesos la cual esta anexa a la presenta acta, quedando establecidos dieciocho (18) macroprocesos y sesenta y ocho (68) procesos con su respectivo líder y responsable como se ilustra en la tabla anterior.

De igual forma se aclara que Gestión de Urgencias y los procesos correspondientes a Apoyo Diagnostico Especializado, Electrodiagnostico, Hemocentro e Interventoría de Contratos, están pendientes de definirse sus responsables y ubicación dentro del mapa de procesos en próximo Comité de Gerencia.

6. La Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS, realiza la presentación de los Indicadores de SIAU correspondientes al mes de Enero y Febrero de 2018, conforme a la Resolución 256 de 2016; la cual es parte integral del acta.

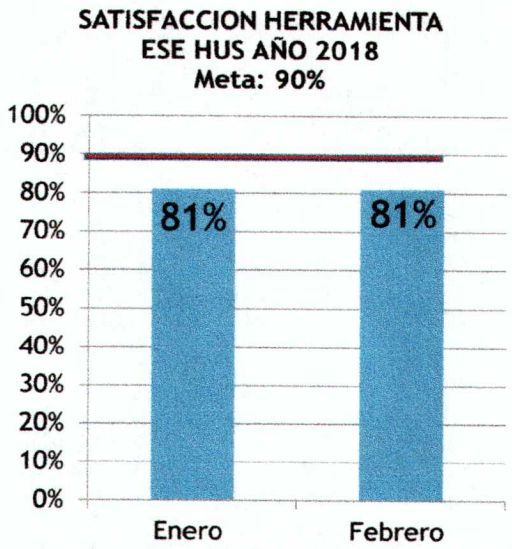
   Para dar inicio a los indicadores de SIAU, se presenta la encuesta de satisfacción al usuario aplicada por el proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario, sin embargo, se observa que la encuesta presentada por la Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS, no corresponde al formato que se encuentra en el sistema de calidad (Listado Maestro de Formatos) de la institución.

   Por tal motivo, la Doctora Myriam Fanny Anaya Martínez, Jefe Oficina Asesora de Calidad sugiere que por parte del proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario, se envíe la encuesta que están presentando para compararla con la que está aprobada en el listado maestro de formatos. Una vez realizada esta actividad se envía a los integrantes del Comité de Calidad, para su respectiva revisión y aprobación.

   Adicionalmente, la Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS, presenta la herramienta empleada para determinar la muestra de encuestas, la cual se establece teniendo en cuenta: los egresos hospitalarios del año 2017 divididos en internación, ambulatorios, madre canguro y urgencias; el nivel de confianza del 95% y 5% de error. Aplicada la herramienta se establece una muestra de 455.

1. INDICADOR DE SATISFACCIÓN GLOBAL

Se presenta el porcentaje de satisfacción global para el mes de Enero y Febrero de 2018, resaltando que se mantiene un nivel de satisfacción del 81%. Así mismo, se presenta una tabla que permite identificar el porcentaje de satisfacción clasificado de acuerdo a los atributos o criterios de calidad para cada mes.



TOTAL CRITERIOS	ENERO	FEBRERO
Accesibilidad:	95%	93%
Oportunidad	73%	73%
Continuidad	55%	47%
Seguridad	82%	81%
Pertinencia	88%	84%
Confort	57%	68%
Trato	88%	92%
Otros	90%	92%
Derechos	99%	100%
Total Periodo Evaluado	81%	81%

Con lo expuesto anteriormente se destaca que los criterios que presentan menos satisfacción durante el mes de Enero y Febrero de 2018 es **continuidad** y **confort**. Y los atributos con mayor satisfacción son **accesibilidad, otros, derechos** y **trato**

Seguido a esto, se presenta la satisfacción por servicios clasificada por criterios evaluados, para los meses de Enero y Febrero de 2018, como se ilustra a continuación:

- **SATISFACCIÓN EN MADRE CANGURO:** Los criterios con satisfacción inferior 33% son **continuidad** y **oportunidad**. Los atributos con una satisfacción superior al 95% son **confort, derechos, trato** y **otros.**

TOTAL CRITERIOS	ENERO	FEBRERO
Accesibilidad:	95%	93%
Oportunidad	73%	73%
Continuidad	55%	47%
Seguridad	82%	81%
Pertinencia	88%	84%
Confort	57%	68%
Trato	88%	92%
Otros	90%	92%
Derechos	99%	100%
Total Periodo Evaluado	81%	81%

- **SATISFACCIÓN EN URGENCIAS:** El criterio con menor porcentaje de satisfacción es **continuidad**. Los atributos con mayor grado de satisfacción son **accesibilidad, seguridad, pertinencia, trato, derechos** y **otros.**

TOTAL CRITERIOS	ENERO	FEBRERO
Accesibilidad:	95%	95%
Oportunidad	68%	65%
Continuidad	47%	44%
Seguridad	99%	99%
Pertinencia	90%	92%
Confort	75%	74%
Trato	95%	95%
Otros	90%	85%
Derechos	100%	100%
Total Periodo Evaluado	84%	83%

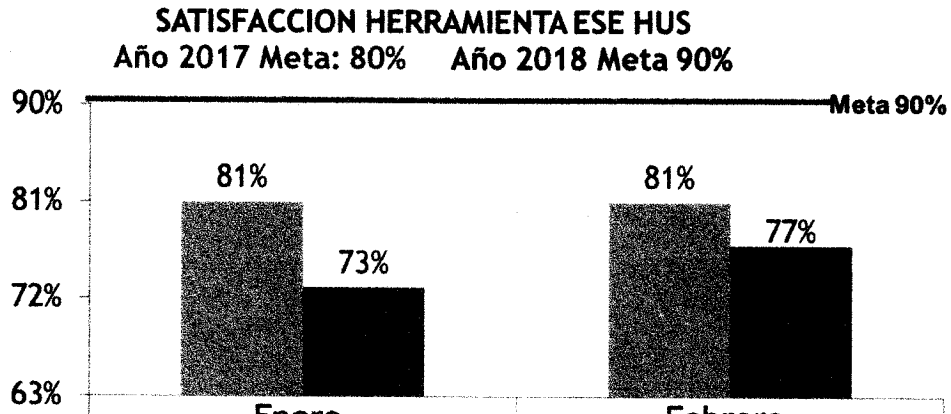
- **SATISFACCIÓN EN INTERNACIÓN:** El criterio con satisfacción inferior 53% es **continuidad**. Los atributos con una satisfacción superior al 92% son **accesibilidad, derechos, trato y otros.**

TOTAL CRITERIOS	ENERO	FEBRERO
Accesibilidad:	100%	96%
Oportunidad	73%	77%
Continuidad	52%	52%
Seguridad	84%	79%
Pertinencia	84%	75%
Confort	63%	80%
Trato	82%	94%
Otros	84%	93%
Derechos	98%	100%
Total Periodo Evaluado	80%	83%

- **SATISFACCIÓN EN AMBULATORIOS:** El criterio con menor porcentaje de satisfacción es **continuidad**. Los atributos con mayor grado de satisfacción son **accesibilidad, seguridad, pertinencia, trato, derechos y otros.**

TOTAL CRITERIOS	ENERO	FEBRERO
Accesibilidad:	93%	93%
Oportunidad	71%	78%
Continuidad	65%	48%
Seguridad	81%	80%
Pertinencia	91%	89%
Confort	95%	96%
Trato	93%	92%
Otros	95%	93%
Derechos	100%	99%
Total Periodo Evaluado	87%	85%

Expuesto lo anterior, se realiza una comparación entre los resultados de satisfacción global obtenidos durante los meses de Enero y Febrero del año 2017 y 2018.



	Enero	Febrero
año 2018	81%	81%
año 2017	73%	77%

La Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS, recuerda a los integrantes del Comité de Calidad, que la meta de satisfacción global establecida para el año 2017 era de 80% y para el año 2018 a partir del mes de Enero se determinó que sería de 90%.

A pesar de presentarse un incremento en la satisfacción global durante los meses de Enero y Febrero de 2018, no es suficiente para ubicar el indicador dentro del umbral de desempeño Bueno. Se mantiene en desempeño Regular.

2. EXPERIENCIA GLOBAL EN LA ATENCIÓN

Para este indicador se aclara que su resultado está determinado por las siguientes dos preguntas, las cuales son definidas y exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 256 de 2016:

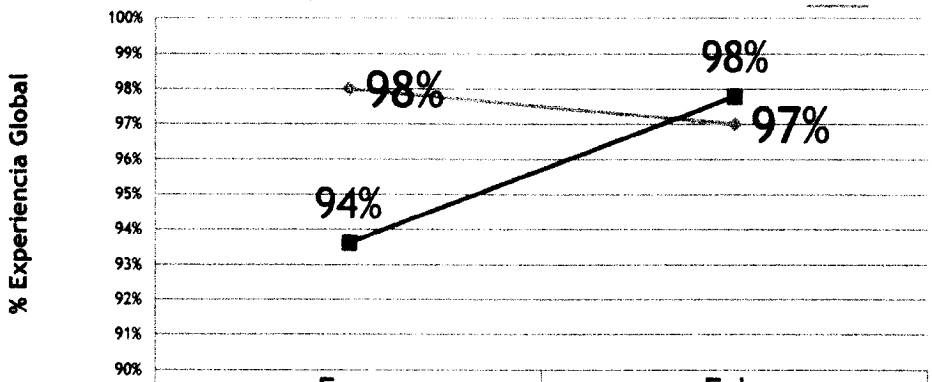
- ¿CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL DE ACUERDO A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DE LA ESE HUS?

El resultado de esta pregunta señala que durante el mes de Enero de 2018 el 94% de los usuarios califica como buena su experiencia en la E.S.E. HUS; con respecto al periodo de la vigencia anterior el porcentaje de usuarios que califican como buena la experiencia disminuyo.

En referencia al mes de Febrero del 2018 el 98% de usuarios consideran su experiencia en la E.S.E. HUS como buena; en comparación al periodo de la vigencia anterior el porcentaje de usuario que califican como buena la experiencia aumento.

Es importante resaltar que el número de encuestados para el año 2017 fue de 910 y para el año 2018 de 871, manteniéndose una cantidad similar o promedios de usuarios encuestados.

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?"
Enero y Febrero Año 2017 vs 2018



	Ene	Feb
Series1	98%	97%
Series2	94%	98%

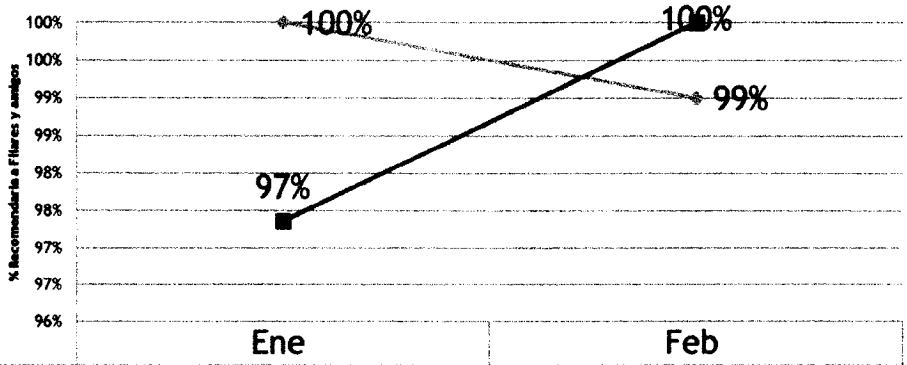
- ¿USTED RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS LA ESE HUS?

El resultado de esta pregunta señala que durante el mes de Enero de 2018 el 97% de los usuarios recomendaría a sus familiares y amigos la E.S.E. HUS; con respecto al periodo de la vigencia anterior el porcentaje de usuarios que recomendaría la institución disminuyo.

En referencia al mes de Febrero del 2018 el 100% de usuarios recomendarían a sus familiares y amigos la E.S.E. HUS; en comparación al periodo de la vigencia anterior el porcentaje de usuario que recomendarían la institución aumento.

Es importante resaltar que el número de encuestados para el año 2017 fue de 910 y para el año 2018 de 871, manteniéndose una cantidad similar o promedios de usuarios encuestados.

¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?
Enero y Febrero Año 2017 vs 2018

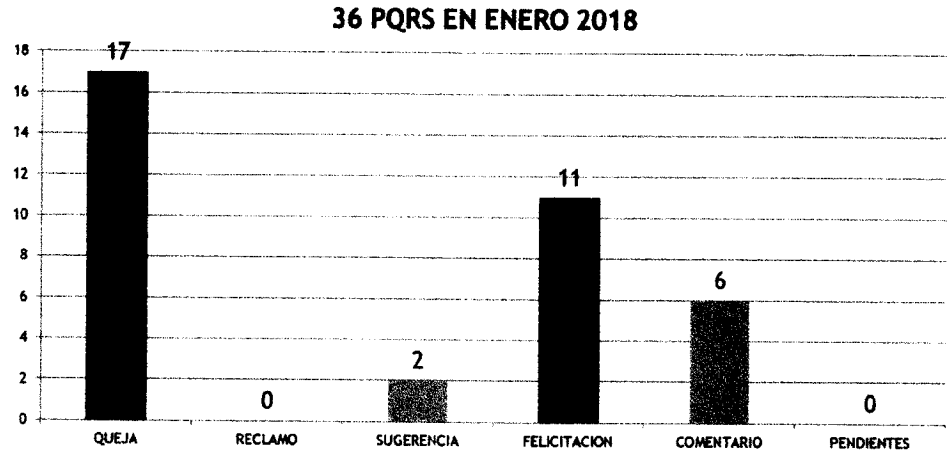


	Ene	Feb
Series1	100%	99%
Series2	97%	100%

3. REPORTE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES (PQRS)

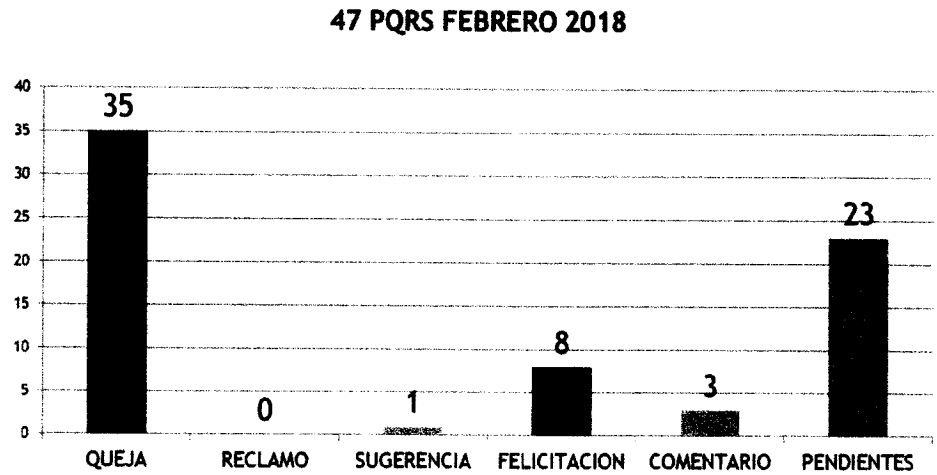
La Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS, presenta el reporte de PQRS, indicando que estas son recibidas a través de correo electrónico, buzón de sugerencias, correspondencia recibida y de manera presencial.

Se inicia la presentación de PQRS, correspondiente al mes de Enero de 2018, en el cual se recibieron 36 manifestaciones clasificadas en quejas, sugerencias, felicitaciones y comentarios, como se muestra a continuación:



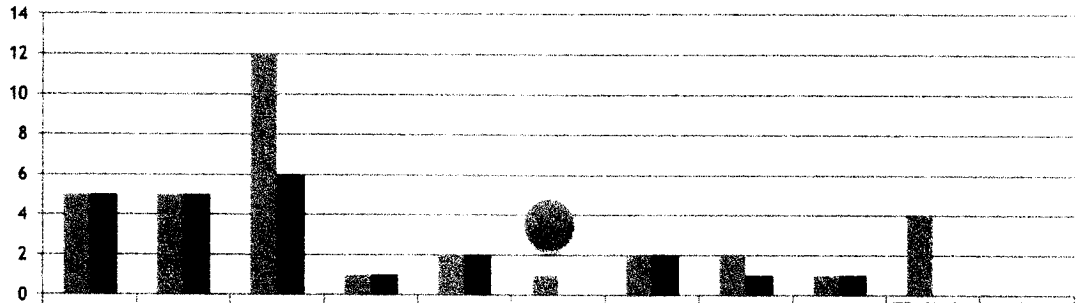
Se resalta durante el mes de Enero que de las 17 quejas presentas, el 100% de estas se encuentran gestionadas, es decir contestadas con su respectiva respuesta al usuario y plan de mejora.

Para el mes de Febrero de 2018 se presentan 47 peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias clasificadas de la siguiente manera:



Adicionalmente se presenta la gráfica que representa el numero de quejas presentadas y pendientes, clasificadas por área, servicio o subgerencias.

PQRS RECIBIDAS vS PENDIENTES
FEBRERO 2018



	SUB ENFERMERIA	SUB ALTO COSTO	SUB AMBULATORIOS	SUB APOYO DX	FACTURACION	SERVICIOS BÁSICOS	SUB MEDICAS	SUB MUJER INFANCIA	SUB QUIRÚRGICAS	TRASLADO POR COMPETENCIA	NO SE TRAMITA POR LETRA ILEGIBLE
QUEJA	5	5	12	1	2	1	2	2	1	4	0
PENDIENTES	5	5	6	1	2	0	2	1	1	0	0

De la gráfica anterior se identifica que:

- Servicios Básicos y Traslado por Competencia, son aquellas áreas que no presentan pendientes de quejas por responder.
- La Subgerencia de Servicios de Enfermeria, la Subgerencia de Servicios de Alto Costo, la Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico, la Subgerencia de Medicas y la Subgerencia de Servicios Quirúrgicos tienen el 100% de las quejas presentadas durante el mes de Febrero sin responder.
- La Subgerencia de Servicios de Ambulatorios y Apoyo Terapéutico y la Subgerencia de Servicios de Mujer e Infancia tienen el 50% de las quejas presentas durante el mes de Febrero sin responder.

Con base en lo anterior, los integrantes del Comité de Calidad, solicitan a la Doctora Nataly Galván Camacho, Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario - Oficina Asesora de Calidad – ESE HUS realizar una agrupación de las quejas, para las cuales se pueda presentar un mismo plan de mejora, debido a que el formato que actualmente se maneja establece realizar ciclo PHVA y hacerlo para cada una de las quejas es un desgaste significativo. Sin embargo, se hace la salvedad que aunque el plan de mejora este agrupado de acuerdo a la clasificación de quejas, al usuario se debe responder de manera individual.

7. La socialización de los documentos aprobados durante el mes de Febrero y Marzo de 2018, se realiza a los integrantes del comité de calidad, identificando para cada documento el macroproceso y proceso al que pertenecen, el código y el nombre del mismo; como se evidencia a continuación:

DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN		
DOCENCIA	GID-DS-PR-04	Procedimiento evaluación de prácticas formativas
	GID-DS-FO-03	Formato encuesta de la relación docencia-servicio usuarios
	GID-DS-FO-04	Formato encuesta de la relación docencia-servicio estudiantes
	GID-DS-FO-06	Formato encuesta de la relación docencia-servicio profesores

GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO		
LABORATORIO ESPECIALIZADO DE HEMATOLOGÍA	GAD-LH-FO-01	Formato remisión de muestras citometría de flujo
	GAD-LH-FO-11	Formato remisión de muestras estudios moleculares de genes específicos
	GAD-LH-FO-12	Formato control de calidad centrifuga refrigerada de mesa
	GAD-LH-FO-13	Formato control de calidad coloración de hierro
	GAD-LH-FO-14	Formato control de calidad coloración de Wright
	GAD-LH-FO-15	Formato control de calidad microscopio de fluorescencia

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		
CALIDAD	GMC-CA-MA-03	Manual del programa institucional de tecnovigilancia
	GMC-CA-MA-07	Manual del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud
	GMC-CA-FO-18	Formato herramienta de gestión del programa de tecnovigilancia
	GMC-CA-PR-02	Procedimiento de auditorías internas de calidad
	GMC-CA-PR-07	Procedimiento de aprendizaje organizacional
	GMC-CA-FO-10	Formato anexo técnico de cálida
	GMC-CA-FO-38	Formato lista de chequeo gestión ambulatoria
	GMC-CA-FO-19	Formato seguimiento asistencia a comités institucionales ordinarios
	GMC-CA-FO-103	Formato ficha técnica de comités
SEGURIDAD DEL PACIENTE	GMC-SP-FO-03	Formato lista de chequeo seguridad del paciente
SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO	GMC-SIU-FO-12	Formato presentación de casos por dilemas éticos
	GMC-SIU-FO-13	Formato presentación de casos por vulneración de derechos

GESTIÓN DIRECTIVA		
	GD-GE-PR-06	Procedimiento para la elaboración y/o actualización del direccionamiento estratégico de la ESE HUS
	GD-GE-FO-09	Formato lista de chequeo direccionamiento estratégico
	GD-GE-FO-10	Formato análisis interno de la ESE HUS
	GD-GE-FO-11	Formato análisis externo de la ESE HUS

GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO		
NUTRICIÓN	GAT-NUT-FO-37	Formato lista de chequeo para auditoria al servicio de alimentación

GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		
PLANEACIÓN	GDI-PL-FO-05	Formato plan operativo anual

GESTIÓN FINANCIERA		
FACTURACIÓN	GF-FAC-FO-03	Formato constancia de no afiliación

GESTIÓN DE CONTROL		
CONTROL INTERNO	GAM-CI-FO-07	Formato seguimiento plan de mejoramiento continuo

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
TALENTO HUMANO	GTH-FO-02	Formato certificado de inducción y/o reinducción

GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN		
ESTADISTICA	GII-EST-MA-01	Manual de historia clínica

GESTIÓN DE INTERNACIÓN		
UNIDAD NEONATAL	GI-UN-PT-01	Protocolo de reanimación neonatal

8. Proposiciones y varios
No se presentaron proposiciones ni varios

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Enviar comunicación interna a la Subgerencia Administrativa y Financiera (oficio) en la que se solicite respuesta formal frente a la gestión realizada, relacionada con la disponibilidad de ropa quirúrgica para pacientes usuarios y/o familiares. La comunicación debe ir con copia a la Oficina Asesora de Control Interno para que ésta realice el respectivo seguimiento.	Gisselle Noratho Profesional de PAMEC Oficina Asesora de Calidad	10 de Abril de 2018

Una vez aprobada la estructura (Macroprocesos y Procesos) del Mapa de Procesos de la E.S.E. HUS, en el Comité de Gerencia, se debe enviar comunicación interna a la Gerencia, solicitando que el mapa de procesos sea ajustado de acuerdo a las necesidades y lineamientos institucionales por un diseñador gráfico.	Myriam Fanny Anya Martínez Jefe Oficina Asesora de Calidad	10 de Abril de 2018
Enviar formato de encuesta aplica por el SIAU y formato vigente en el sistema de calidad, a los integrantes del Comité de Calidad, para su revisión y aprobación.	Myriam Fanny Anya Martínez Jefe Oficina Asesora de Calidad	10 de Abril de 2018
Realizar una clasificación y/o agrupación de las quejas presentadas, las cuales están relacionadas entre sí; con el fin de definir un plan de mejora integrado para estas y no uno individual.	Nataly Galván Camacho Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario	Mayo de 2018

FIRMA DE LOS ASISTENTES:	Se anexa registro asistencia (GTH-FO-20)

SECRETARIO TÉCNICO	**PRESIDENTE**
Firma	*Firma*
NOMBRE(S) **MYRIAM FANNY** APELLIDO(S) **ANAYA MARTINEZ** **JEFE OFICINA ASESORA DE CALIDAD**	NOMBRE(S) **SIGIFREDO** APELLIDO(S) **FONSECA GONZALEZ** **SUBGERENTE DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO – DELEGADO POR GERENCIA**

Elaboró: *Myriam Johana Arcila Carrasco - Profesional Universitario de Apoyo Oficina Asesora de Calidad - Gestión Integral.*

LISTA DE ASISTENCIA
GTH-FO-20, Versión 3
PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FECHA	21 03 18	**HORA PROGRAMADA**	7:30 am	**HORA DE INICIO**	7:40 am	**HORA FINAL**	9:30 am	**LUGAR**	Sala de Juntas Hemocentro
MOTIVO REUNIÓN	Comité de calidad No. 3 marzo 2018								
RESPONSABLE	Jefe oficina Asesora de calidad								

ASISTENTES

Nº	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CEDULA	CARGO	ÁREA	ENTIDAD	FIRMA
1	Heraldo Arenas Q	37892337	Subg. S. en	Enfermería	ESE HUS	
2	Maria Camila Prada Pelaez	1098246097	Profesional universitario PI	Hora mínima	Gestión integral	
3	Alvaro Gómez Tomado	13363.246	Subgerente S. Alto Costo		HUS-UIS	
4	Myriam Fanny Anaya M.	63.295.604	Jefe Of. Asesora	Calidad	ESE HUS	
5	Juan Sebastian Avila M	1.098.685.555	Prof. Universitario	ODI	G. Integral	
6	Nataly E Galvan Camacho	37656115	Profes. Univers	SIAU	HUS	
7	SIGIFREDO FONSECA G	6759091	Sub Apoyo Dx	Apoyo Dx	ESE HUS	
8	SIGIFREDO FONSECA G	6759671	Delegado General	D. General	ESE HUS	
9	Hector Enrique Arza Diaz.	91492.999	Jefe Of. Ases. D. Inst (e)	D. Institucional	ESE-HUS	
10	Julio Hernan Villabona U	91248457	Jefe Oficina Asesora	Control Interno	ESE HUS	
11	Martha Vega Slamo	63 307469	Subgerente Adm	y Finan	ESE HUS	
12	Myriam Johana Avila C	1.095.510 774	Prof. Universitario	Calidad	Gestión Integral	
13	SIGIFREDO FONSECA G	6755671	Sub Medico (encargo)	Medico (E)	ESE HUS	
14						
15						
16						
17						
18						
19						

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nuestro Compromiso es:
Calidad y Eficiencia en el Servicio

1000-G- 361- 2018

Bucaramanga, 16 Marzo de 2018

PARA: Doctora
MYRIAM FANNY ANAYA MARTINEZ
Jefe Oficina Asesora Calidad

ASUNTO: Delegación de Presidencia en el Comité de Calidad

Cordial Saludo,

En relación a la convocatoria del Comité de Calidad programado para el día 21 de Marzo de 2018 y teniendo en cuenta que por compromisos previos inherentes a mi cargo me es imposible asistir, a través del presente documento delego formalmente la representación de esta Gerencia, como presidente del Comité de Calidad al Doctor Sigifredo Fonseca González, Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnostico.

Cordialmente,

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
OFICINA DE CALIDAD
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
RADICADO
FECHA 20-03-18 HORA 5:18 pm
DEPENDENCIA Calidad
RECIBIO Deyanira Hurtado.

EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
Gerente E.S.E. Hospital Universitario de Santander

Proyecto: Alison Daniela Nocua Villamil - Profesional Universitario Gerencia - Gestión Integral