

## 1. OBEJTIVO

Analizar y realizar seguimiento a los elementos de calidad y demás temas correspondientes al Sistema de Gestión de Calidad y al proceso de Acreditación de la institución.

## 2. ALCANCE

Aplica para las actividades de seguimiento del Sistema, la revisión del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) y la implementación de los estándares de acreditación.

## 3. DEFINICIONES

**3.1 ACREDITACION:** Herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las organizaciones de salud desarrollan un proceso constante y sistemático de autoevaluación interna y de evaluación externa que les permite afianzar sus fortalezas y detectar múltiples oportunidades de mejoramiento.

**3.2 HABILITACION:** Procedimiento por el cual se autoriza a funcionar las instituciones de salud mediante el cumplimiento de requisitos mínimos.

**3.3 ESTANDARES:** Es un modelo previamente establecido contra el cual se comparan los resultados u objetivos alcanzados.

**3.4 PAMEC:** La auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se define como un componente del mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observa respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios. El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

**4. RESPONSABLE:** Coordinadora de Calidad

## 5. CONTENIDO

### 5.1 DEFINICION DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

- Gerencia General
- Coordinadora de Calidad
- Líderes de Procesos: Mantenimiento, Recurso Humano, Servicios Generales y Lavandería, Admisiones, Liquidación y facturación, Coordinación de enfermería, Imágenes diagnósticas, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, SIAU, Almacén, Nutrición, Sistemas, Contabilidad, Cartera, Tecnólogo ambiental, Archivo.

Elaboró: Lina María Africano	Revisó: Comité de Calidad	Aprobó: Dr. Julio César Plata Castillo
Cargo: Facilitadora de Calidad	Fecha:	Firma:

## 5.2 CONDICIONES PARA LA REALIZACION DEL COMITE

- **Fechas y tiempo programado:** Reuniones quincenales de hora y media de duración. Se hará entrega de la programación mensual de los comités.
- **Aprobación de Actas de comité:** Se designa un grupo de tres personas encargadas de dar aprobación al acta anterior elaborada por la Facilitadora de Calidad una semana después del comité.
- **Divulgación del Acta:** Se hará la divulgación respectiva del acta aprobada por el Outlook y para los procesos que no cuenten con este mecanismo de comunicación interna se enviará copia escrita del acta, esto con el fin de que todos los integrantes del comité tengan presente compromisos y tareas para el siguiente comité.
- **Orden del día:** Mediante el mecanismo de comunicación anterior se hará entrega del orden del día del siguiente comité para conocimiento previo de los integrantes.

## 5.3 DESARROLLO DEL COMITE

- Orden del día: Lectura del orden del día y verificación del quórum
- Desarrollo del tema principal
- Revisión de compromisos adquiridos
- Revisión de Elementos de Calidad por procesos
- Proposiciones y varios: Sugerencias y observaciones por parte de los integrantes

## 5.4 TEMARIO DEL COMITÉ

- Sistema Único de Habilitación
- Sistema de Gestión de Calidad – Norma ISO 9001:2000
- PAMEC
- Sistema Único de Acreditación en Salud

## PLAN ESTRATEGICO 2008

### Objetivo

**Establecer un Plan Estratégico acorde con las necesidades de la institución con el fin de mejorar los servicios ofrecidos en la misma.**

Estrategia	Responsable	Seguimiento	Meta	Indicador	Fecha
Socializar el Manual de Funciones y Perfiles de Cargos y el Organigrama Institucional	Jefe Recurso Humano	Directora Administrativa	100%	grupos primarios socializados / total de grupos primarios X 100	Ago-08
Socialización del Manual de reclutamiento, selección, inducción y reinducción de personal	Jefe Recurso Humano	Directora Administrativa	100%	grupos primarios socializados / total de grupos primarios X 100	Ago-08
Cumplir el cronograma de Educación continuada de la socialización de guías de manejo y protocolos de enfermería para las áreas de UCI, Hospitalización, Cirugía y Urgencias.	Líder de cada proceso	Coordinación de Calidad	Excelente: > 8 Bueno: 6.1 - 8 Regular: 4.1 - 6 Deficiente: 2.1 - 4 Malo: 0 - 2	Promedio de las evaluaciones de cada guía de manejo en los grupos primarios	De acuerdo a cronograma de grupos primarios
Cumplir el cronograma de Educación continuada de las áreas de Laboratorio y Banco de Sangre	Líder del proceso	Coordinación de Calidad	100% del cronograma	Verificación del cumplimiento de las capacitaciones	De acuerdo a cronograma establecido
Cumplimiento del cronograma de Educación continuada establecido por Recurso humano para el resto de áreas.	Jefe Recurso Humano	Directora Administrativa	100% del cronograma	Verificación del cumplimiento de las capacitaciones	De acuerdo a cronograma establecido
Determinación de Incentivos y establecimiento del cronograma de implementación institucional.	Gerencia				Abr-08

### Objetivo

**Mejoramiento de la infraestructura institucional**

Estrategia	Responsable	Seguimiento	Meta	Indicador	Fecha
Terminación del Diseño total del proyecto de expansión de la Clínica Metropolitana.	Junta Constructora	Gerencia	Diseño final		Jul-08
Adecuación de la nueva area de Fisioterapia para la atención de SOA y particulares.	Gerencia		Obra terminada		Mar-08
Traslado de Calderas.	Gerencia	Dirección Administrativa	Obra terminada		Jun-08
Se requiere de unidad sanitaria para el área de esterilización.	Jefe de Mantenimiento	Dirección Administrativa	Obra terminada		Jun-08
Mejorar señalización de las diferentes áreas de la institución.	Gerencia		Obra terminada		May-08
Mejoramiento de la entrada principal de la institución.	Gerencia		Obra terminada		May-08
Mejoramiento de las áreas de hospitalización de la institución	Gerencia		Obra terminada		Dic-08
Se requiere pasamanos en las escaleras internas de la institución	Jefe de Mantenimiento	Dirección Administrativa	Obra terminada		Dic-08
Adecuación área de preparación de medicamentos	Dirección Administrativa	Coordinación de enfermería	Obra terminada		ag-08
Mejoramiento del área del servicio de Imágenes Diagnósticas.	Gerencia		Obra Terminada		Dic-08

### Objetivo

**Adquisición y Mejoramiento de equipos biomédicos, tecnológicos y recursos de hotelería**

Estrategia	Responsable	Seguimiento	Meta	Indicador	Fecha
<b>Unidad de Cuidado Intensivo:</b>					
Ventiladores (1).	Dir. Administrativa		Mejorar el servicio		Dic-08
Monitor de signos vitales.					
<b>Hospitalización.</b>					
Manómetros para succión (5).	Dir. Administrativa		Mejorar el servicio		Dic-08
<b>Cirugía.</b>					
Terminar el equipamiento para una sala quirúrgica con una lámpara cielítica, una maquina de anestesia, analizador de gases anestésicos y monitor de temperatura ambiental.	Dir. Administrativa				Dic-08
Monitor para recuperación.	Dir. Administrativa		Mejorar el servicio a los usuarios.		Dic-08
Camisa para artroscopia.					
Mejorar el sistema de Succión de la Clínica Metropolitana.					
Cambiar el techo de cirugía.					
Cambio de repisas en acero inoxidable.					
Compra de un electrobisturí.					
Adquisición de un sistema de extracción de gases anestésicos residuales de la máquina hacia el exterior					
Compra de instrumental.	Dir. Administrativa		Mejorar el servicio a los usuarios.		
<b>Urgencias</b>					
Desfibrilador.	Dir. Administrativa				Dic-08
Monitor de signos vitales.					
<b>Sistemas</b>					
Optimizar el servicio de correo interno.	Ingeniera de Sistemas				Mar-08
Optimizar el servicio de Internet.	Ingeniera de Sistemas				Mar-08
Desarrollar el sistema de información para el control de inventarios y mantenimiento de los equipos de cómputo.	Ingeniera de Sistemas				Abr-08
Implementación de la Intranet.	Ingeniera de Sistemas				May-08
Diseño y publicación del Sitio Web de la Clínica.	Ingeniera de Sistemas				Ago-08

Implementación y publicación del correo electrónico externo	Ingeniera de Sistemas				Ago-08
Implementación del Modulo de Historias Clínicas para Hospitalización UCI.	Ingeniera de Sistemas				Sep-08
Renovación de equipos de computo e impresoras.	Ingeniera de Sistemas				De acuerdo a cronograma de compras
Disco Duro para Servidor.	Ingeniera de Sistemas				Sep-08
Adquisición de licencia de software antivirus.	Gerencia General				
<b>Servicios Generales y Lavandería</b>					
Instalación de un extractor para el area de lavado de ropa contaminada	Dir. Administrativa				Abr-08
Compra y reemplazo de Lencería.	Jefe de Servicios Generales	Dir. Administrativa			Mar-08
<b>Nutrición</b>					
Adecuación del área de almacenamiento de alimentos.	Dir. Administrativa				Jun-08
<b>Mantenimiento</b>					
Garantizar la existencia de los activos fijos.	Jefe Mantenimiento	Dir. Administrativa		Conocer y verificar la existencia y necesidad de reemplazo de bienes.	Jun-08
Realizar y mantener inventario de bienes muebles, inmuebles y equipo biomédico.	Jefe Mantenimiento	Dir. Administrativa			Jun-08
Presentación, cumplimiento y evaluación del plan de mantenimiento preventivo, de los mantenimientos correctivos del 100% de los equipos biomédicos y del plan de calibraciones de los mismos según priorización.	Jefe Mantenimiento	Dir. Administrativa	100%	Verificación del cumplimiento de los cronogramas	De acuerdo al cronograma
Traslado de la sección de pintura.	Jefe Mantenimiento	Dir. Administrativa			Mar-08
<b>Laboratorio Clínico y Banco de Sangre</b>					
Cambio del equipo para el area de química clínica, coagulación y uroanálisis.	Coordinación de Laboratorio Clínico		Mejorar tecnología		May-08
Incrementar la areas de control de calidad.	Coordinación de Laboratorio Clínico.		70%	Porcentaje de exámenes con control de calidad	Jun-08
Fortalecimiento de la unidad de captación extramural.	Directora del Banco de Sangre		50%	% de donantes captados en campaña	Medición mensual del indicador

Mejorar la tecnología para pruebas infecciosas.	Directora del Banco de Sangre.		2%	% de Reactividad	May-08
Adquirir del agitador de plaquetas congelador y neveras para seroteca hemocomponentes para incrementar la capacidad de almacenamiento de hemocomponentes.	Directora del Banco de Sangre		80%	Aumentar capacidad de almacenamiento de hemocomponentes	Dic-08
<b>Objetivo</b>					
<b>Mejoramiento de los procesos de atención al usuario</b>					
<b>Estrategia</b>	<b>Responsable</b>	<b>Seguimiento</b>	<b>Meta</b>		<b>Fecha</b>
Aplicar el Plan de egreso por servicio	Dir. Médica				Mar-08
Entrega al 100% de los pacientes que consultan, la carpeta institucional con los documentos y copias al egreso del servicio.	Dir. Financiera		Mejorar la imagen institucional, Facilitar el reingreso administrativo de usuarios		Dic-08
<b>Sistema de Información y Atención al Usuario</b>					
Creación de la Alianza de Usuarios	SIAU	Coordinación de Calidad	Cumplimiento normativa		Abr-08
Informes semestrales de la satisfacción del usuario.	SIAU	Coordinación de Calidad			Jun-08 Dic-08
Implementar el programa Metroabrazos	SIAU	Coordinación de Calidad			Dic-08
Publicación Metronotas trimestralmente.	SIAU				
<b>Objetivo</b>					
<b>Garantizar solvencia económica de la institución con el fin de sanear la situación jurídica, mejorar la credibilidad y cumplir con las obligaciones contractuales.</b>					
<b>Estrategia</b>	<b>Responsable</b>	<b>Seguimiento</b>	<b>Meta</b>		<b>Fecha</b>
Generación oportuna de la información contable	Jefe de contabilidad	Dirección Financiera	15 primeros días del mes		Mensualmente
Hacer entrega a contabilidad de los soportes de pagos realizados por los clientes así como de las notas crédito y débito efectuados a los clientes	Coordinadora de cartera	Jefe de contabilidad	Quinto día hábil del mes siguiente		Mensualmente
Hacer entrega a contabilidad de la nómina correspondiente del período inmediatamente anterior, de las liquidaciones de vacaciones, de los consumos de nutrición y demás novedades.	Jefe Recurso Humano	Jefe de contabilidad	Quinto día hábil del mes		Mensualmente

Hacer entrega a contabilidad de las facturas de proveedores semanalmente	Jefe de Almacén / Jefe de nutrición	Jefe de contabilidad	Primer día hábil de cada semana		Mensualmente
Hacer entrega a contabilidad de las prestaciones sociales definitivas de los empleados	Jefe Recurso Humano	Jefe de contabilidad	Inmediatamente .		Mensualmente
Entregar la facturación generada por los servicios prestados en la institución	Coordinadora de Facturación y Liquidación	Jefe de contabilidad	Quinto día hábil del mes		Mensualmente
Hacer entrega a contabilidad de la legalización de compras y servicios	Jefe de almacén / Jefe de mantenimiento	Jefe de contabilidad	Tan pronto se efectúen		Mensualmente
Hacer entrega inmediata a facturación de las cuentas conciliadas con Auditoría Externa	Auditora Médica	Auxiliar de facturación responsable de recepción de glosas médicas	Inmediatamente una vez conciliadas		Mensualmente
Definir los parámetros de auditoria externa en la contratación con entidades en caso de ausencia en un periodo definido	Gerente General	Dirección Financiera	Generar la cláusula asociada con la recepción de cuentas por parte de las entidades		Continuo
Realizar reinducción del personal encargado de la liquidación adecuada de medicamentos.	Jefe de Recurso Humano	Jefe de Facturación	asociada al indicador generado por el departamento de facturación		Mensualmente
Realizar reinducción al personal médico y paramédico sobre el procedimientos de manejo de medicamentos NO POS	Director Médico	auxiliares de farmacia	Se realiza la revisión al momento de generación de la solicitud		Continuo
Disminuir la generación de glosas debidas a diligenciamiento, legibilidad y justificación de tratamiento de la Histotia Clínica.	Director Médico	Auditor Médico	asociada al indicador generado por el departamento de facturación		Continuo

Realizar conciliación de pago de aportes de pensión de vigencias anteriores al año 2007 con los respectivos fondos de pensión	Jefe Recurso Humano	Dirección Administrativa	Conciliación mensual con un fondo de pensión		Dic-08
Busqueda de recursos para dar cumplimiento a las conciliaciones hechas a los fondos de pensiones	Dirección Financiera	Gerente General	cumplir con la conciliación pactada		Continuo
Depuración de cartera con base en conciliaciones con clientes	Coordinadora de Cartera y de Facturación y liquidación	Dirección Financiera	conocimiento de la deuda real de clientes con la institución		Trimestralmente
Diseño del Sistema de Costos.	auxiliar de honorarios y costos	Gerente General	Generar el sistema de costos de los procesos asistenciales		Dic-08
<b>Objetivo</b>					
<b>Cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo del medio ambiente, emergencias y desastres, garantizando el desarrollo y protección de la comunidad.</b>					
<b>Estrategia</b>	<b>Responsable</b>	<b>Seguimiento</b>	<b>Meta</b>		<b>Fecha</b>
Evaluación y seguimiento al plan de emergencias y desastres.	Comité de Emergencias		Determinar la gestión interna institucional y realizar seguimiento.		Continuo
Certificación en Hospital Verde.	Comité Ambiental		Determinar la gestión interna institucional y realizar seguimiento.		Continuo
Evaluación y Seguimiento plan de Gestión residuos sólidos y hospitalarios	Comité Ambiental		Determinar la gestión interna institucional y realizar seguimiento.		Continuo
Consecución de un sistema de ventilación adecuado para el almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios	Comité Ambiental				Jun-08





La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Oportunidad en la toma de exámenes
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar un servicio oportuno cuando se presenta la solicitud de toma de exámenes por parte de los diferentes servicios de la institución.
<b>FORMULA</b>	Promedio del tiempo en minutos transcurrido entre la solicitud del servicio y la toma de la muestra correspondiente. Se calcula para cada uno de los servicios (Consulta ambulatoria, Urgencias y Hospitalización).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Consulta Ambulatoria:</b> Se toma el intervalo de tiempo transcurrido entre la impresión de la <b>Orden de Exámenes RLC-01</b> y la hora registrada por la persona encargada de la toma de la muestra en la misma orden.</li><li>• <b>Urgencias, Hospitalización:</b> Se toma el intervalo de tiempo transcurrido entre la hora de solicitud registrada en el <b>Formato de Llamadas Recibidas FLC-06</b> y la hora de toma de la muestra registrada en el <b>Formato de Entrega de Resultados FLC-01</b>.</li></ul>
	<b>DENOMINADOR:</b> <b>NO APLICA</b>
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Consulta Ambulatoria:</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Excelente: &lt; 6 minutos</li><li>✓ Bueno: 6 – 7.9 minutos</li><li>✓ Aceptable: 8 – 10 minutos</li><li>✓ Deficiente: &gt; 10 minutos</li></ul></li><li>• <b>Hospitalización:</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Excelente: &lt; 10 minutos</li><li>✓ Bueno: 10 – 12.9 minutos</li><li>✓ Aceptable: 13 – 15 minutos</li><li>✓ Deficiente: &gt; 15 minutos</li></ul></li><li>• <b>Urgencias:</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Excelente: &lt; 7 minutos</li><li>✓ Bueno: 7 – 8.9 minutos</li><li>✓ Aceptable: 9 – 12 minutos</li><li>✓ Deficiente: &gt; 12 minutos</li></ul></li></ul>
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Bacterióloga encargada de calidad.



La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Oportunidad en la entrega de resultados
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar un servicio oportuno en la entrega de resultados por parte del laboratorio clínico a los diferentes servicios de la institución que lo requieran.
<b>FORMULA</b>	Promedio del tiempo en minutos transcurrido entre la toma de la muestra y la entrega del resultado correspondiente. Se calcula para cada uno de los servicios (Urgencias y Hospitalización).
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Urgencias, Hospitalización:</b> Se toma el intervalo de tiempo transcurrido entre la hora de toma de la muestra registrada en el <b>Formato de Entrega de Resultados FLC-01</b> y la hora de entrega del resultado registrada con su respectiva firma de recibido en el mismo formato.</li></ul>
	<b>DENOMINADOR:</b> <b>NO APLICA</b>
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hospitalización:</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Excelente: &lt; 60 minutos</li><li>✓ Bueno: 60 – 69.9 minutos</li><li>✓ Aceptable: 70 – 80 minutos</li><li>✓ Deficiente: &gt; 80 minutos</li></ul></li><li>• <b>Urgencias:</b><ul style="list-style-type: none"><li>✓ Excelente: &lt; 40 minutos</li><li>✓ Bueno: 40 – 49.9 minutos</li><li>✓ Aceptable: 50 – 60 minutos</li><li>✓ Deficiente: &gt; 60 minutos</li></ul></li></ul>
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Bacterióloga encargada de calidad.



La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Índice de Reacciones Adversas a la Transfusión
<b>OBJETIVO</b>	<p>Conocer la frecuencia de Reacciones Adversas a la Transfusión y comparar el resultado con el estándar establecido.</p> <p>Identificar las causas de las Reacciones Adversas a la Transfusión y diferenciarlas de reacciones coincidentes con la transfusión, pero debidas a patología de base del paciente.</p> <p>Definir estrategias factibles de intervención para prevenir y evitar aquellas reacciones en que el Banco de Sangre tiene responsabilidad en su aparición.</p>
<b>FORMULA</b>	$\frac{\# \text{ de Reacciones Adversas a la Transfusión reportadas}}{\# \text{ total de hemocomponentes transfundidos}} \times 100$
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<p><b>NUMERADOR:</b></p> <p><b># complicaciones transfusionales:</b> Reportadas por los servicios y registradas en el <b>Formato de reacciones adversas transfusionales FBS-08.</b></p> <p><b>DENOMINADOR:</b></p> <p><b># total de hemocomponentes transfundidos:</b> Dato suministrado por el sistema SIHOS con la siguiente vía: <b>Facturación / Consultas / Contador de servicios / conceptos.</b> En este pantallazo se selecciona en concepto Banco de Sangre, se seleccionan las fechas y consultar. La información se archiva en Excel y se cuentan sólo las aplicaciones de hemocomponentes.</p>
<b>META</b>	Cumple: < 1% No cumple: 1 % o más
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Coordinación de calidad Banco de Sangre



La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Índice de Reactividad en donantes
<b>OBJETIVO</b>	<p>Medir la eficiencia de las pruebas serológicas utilizadas para el tamizaje de las unidades recolectadas.</p> <p>Definir estrategias factibles de intervención para disminuir el descarte de unidades por reactividad.</p> <p>Comparar la reactividad obtenida en el banco de sangre contra las pruebas confirmatorias realizadas en el LDSP para calcular el % de falsos positivos.</p> <p>Este indicador tiene como niveles de desagregación: Pruebas serológicas y tipo de donantes.</p>
<b>FORMULA</b>	$\frac{\# \text{ de pruebas con resultados reactivos}}{\# \text{ de donantes recibidos}} \times 100$
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<p><b>NUMERADOR:</b></p> <p><b># de pruebas con resultados reactivos:</b> Para cada una de los marcadores serológicos (HIV, SIFILIS; HCV, CHAGAS, AgSHB) que generan descarte de unidades.</p> <p><b>DENOMINADOR:</b></p> <p><b># Total de donantes recibidos:</b> Dato suministrado por la estadística mensual.</p>
<b>META</b>	<p>Deseable: &lt; 4%</p> <p>Aceptable: 4 – 5%</p> <p>Deficiente: &gt; 5%</p>
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Coordinación de calidad Banco de sangre.



La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Índice de Donación
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar un balance óptimo entre los tipos de donantes recibidos que este acorde con las metas nacionales e institucionales. Definir estrategias factibles de intervención para aumentar la donación voluntaria y mantener la donación por reposición.
<b>FORMULA</b>	$\frac{\# \text{ de donantes de recibidos por cada tipo de donación}}{\# \text{ total de donantes recibidos}} \times 100$
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> <b># De donantes recibidos por cada tipo de donación:</b> Dato tomado de la estadística mensual de donantes. El indicador se calcula para cada uno de los tipos de donante (Reposición, Campaña, voluntario y Repetitivo)
	<b>DENOMINADOR:</b> <b># Total de donantes recibidos:</b> Dato tomado de la estadística mensual de donantes.
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Donantes de Reposición:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Deseable: &lt; 50 %</li><li>- Aceptable: 50 – 70 %</li><li>- Deficiente: &gt; 70%</li></ul></li><li>• <b>Donantes voluntarios campaña:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Deseable: &gt; 40 %</li><li>- Aceptable: 40 – 20 %</li><li>- Deficiente: &gt; 20%</li></ul></li><li>• <b>Donante voluntario sede</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Deseable: &gt; 10 %</li><li>- Aceptable: 10 – 5 %</li><li>- Deficiente: &gt; 5 %</li></ul></li></ul>
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Coordinación de Calidad Banco de Sangre



La excelencia en la atención de  
su salud

CLÍNICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Código: FQ-19  
Versión: 01  
Fecha: 17-11-07

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de Reposición
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar un balance óptimo entre las ventas a los centros transfusionales y la reposición recibida por parte de ellos. Definir estrategias factibles de intervención para aumentar la cultura de la donación por parte de los centros transfusionales. Este indicador tiene como nivel de desagregación: cada centro transfusional al cual despachamos hemocomponentes.
<b>FORMULA</b>	$\frac{\# \text{ de hemocomponentes despachados por c/ centro transfusional} \times 100}{\# \text{ total de donantes recibidos en reposición por c/ centro transfusional}}$
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> <b># De hemocomponentes despachados por cada centro transfusional</b> Dato tomado de la estadística mensual del banco de sangre. El indicador se calcula para cada uno de los centros transfusionales. <b>DENOMINADOR:</b> <b># Total de donantes recibidos en reposición por cada centro transfusional:</b> Dato tomado de la estadística mensual de bancos de sangre.
<b>META</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Deseable: &gt; 40 %</li><li>- Aceptable: 40 – 20 %</li><li>- Deficiente: &lt; 20%</li></ul>
<b>FRECUENCIA</b>	Mensual
<b>RESPONSABLE</b>	Coordinación de Calidad Banco de Sangre



# INDICADORES MENSUALES

- BANCO DE SANGRE
- LABORATORIO CLINICO
- ESTADISTICA

# INDICADORES MENSUALES

## BANCO DE SANGRE

- CONSUMO POR COMPONENTE
- CONSUMO TOTAL MENSUAL
- ESTADÍSTICA DONANTES
- TIPO DE DONANTES
- % TIPO DE DONANTES MENSUAL
- % REACTIVIDAD DONANTES
- % REPOSICIÓN MENSUAL



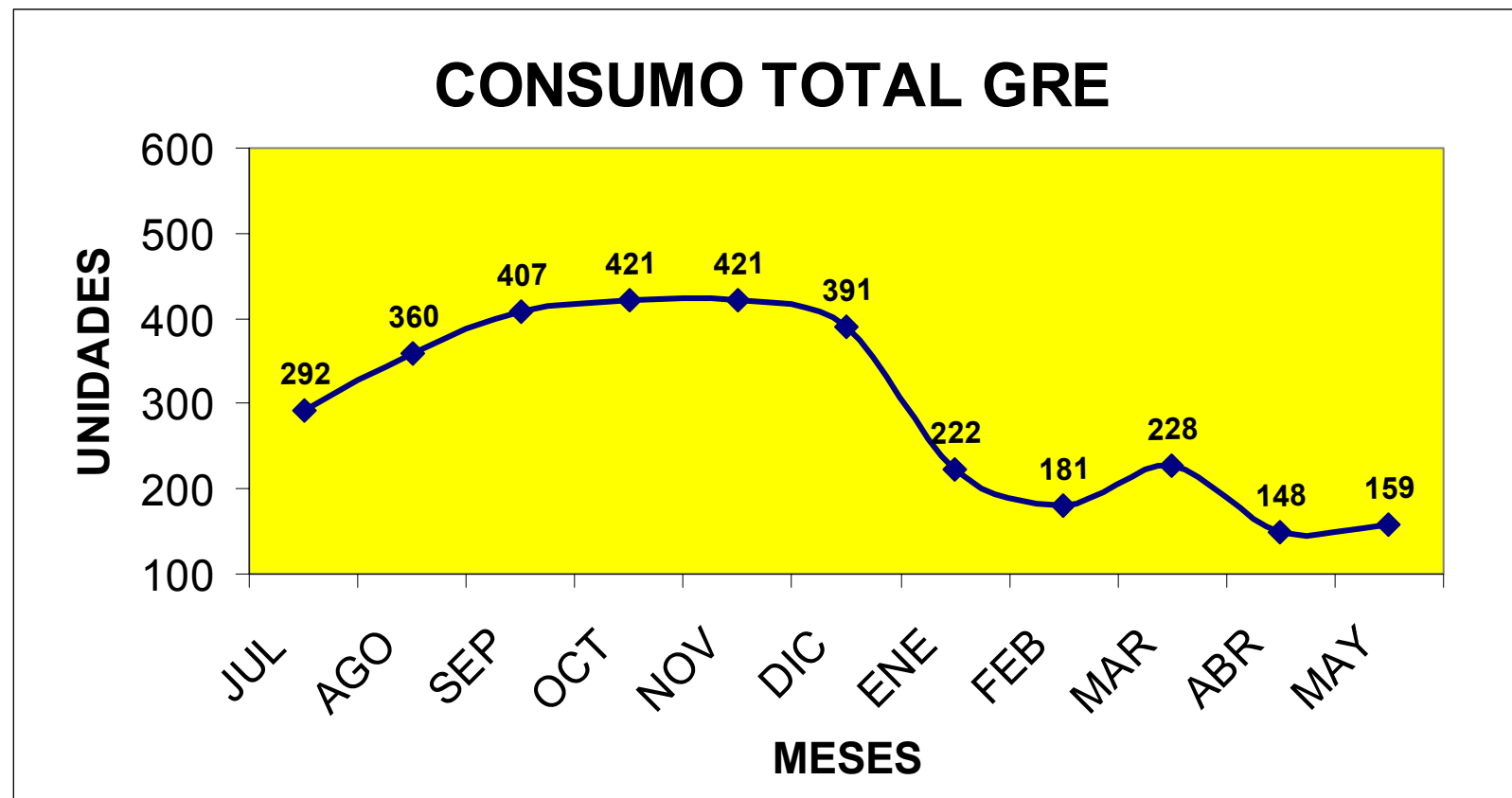


# CONSUMO POR COMPONENTES

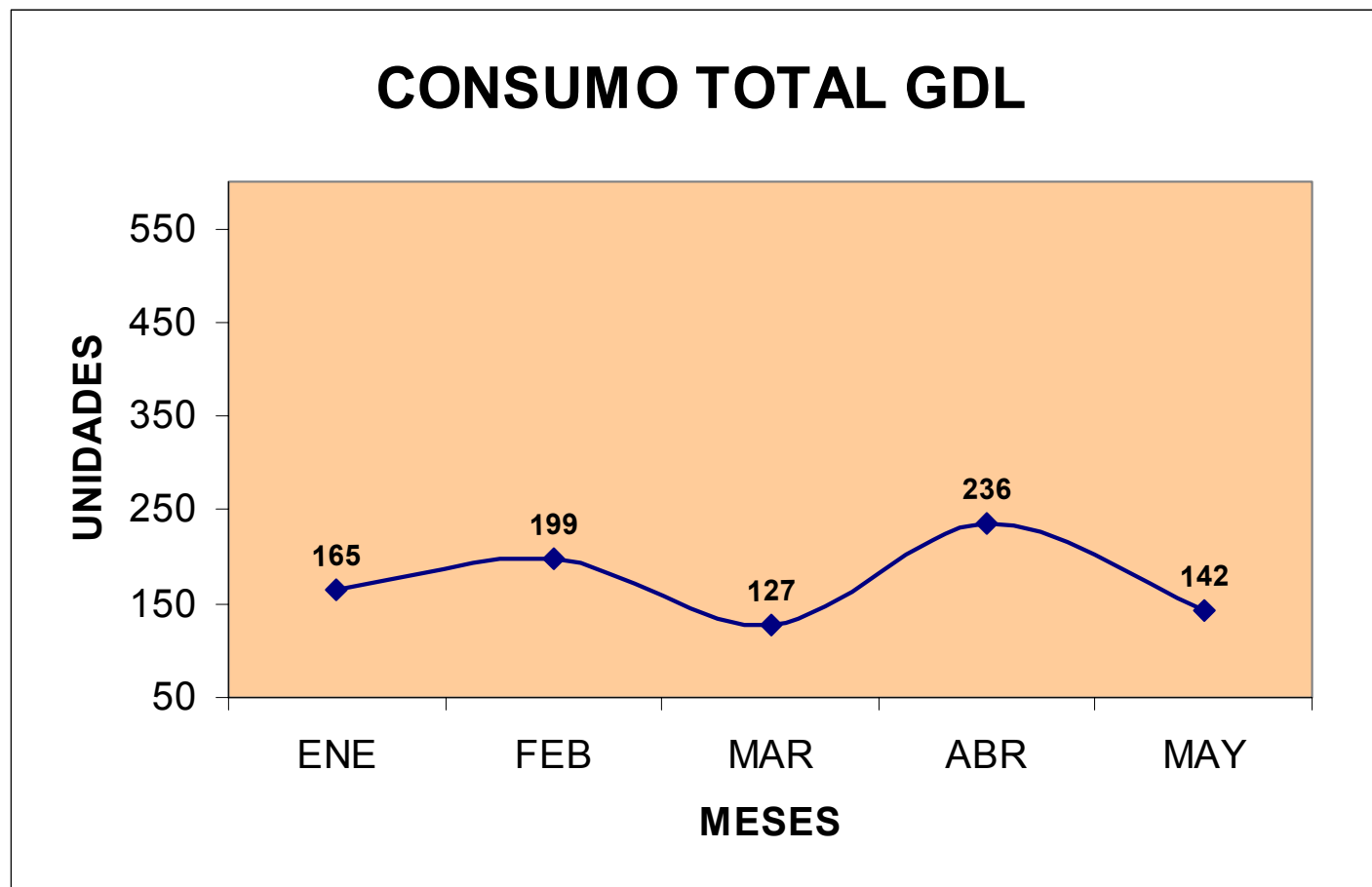
- GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS (G.R.E.)
- GLOBULOS ROJOS DESLEUCOCITADOS (G.D.L.)
- PLASMA FRESCO CONGELADO (P.F.C)
- PLAQUETAS (P.L.Q)
- CRIOPRECIPITADO



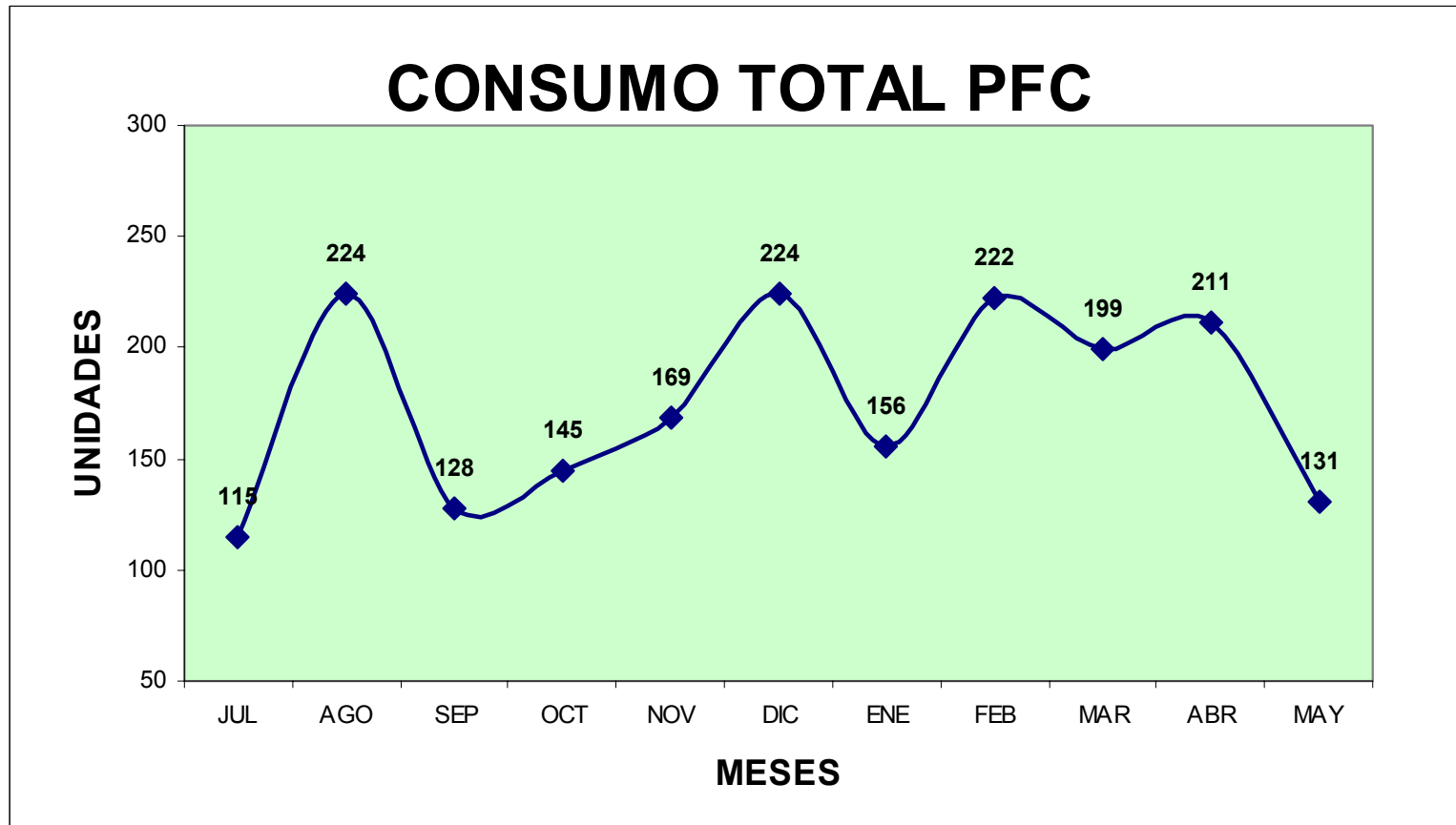
# CONSUMO TOTAL G.R.E.



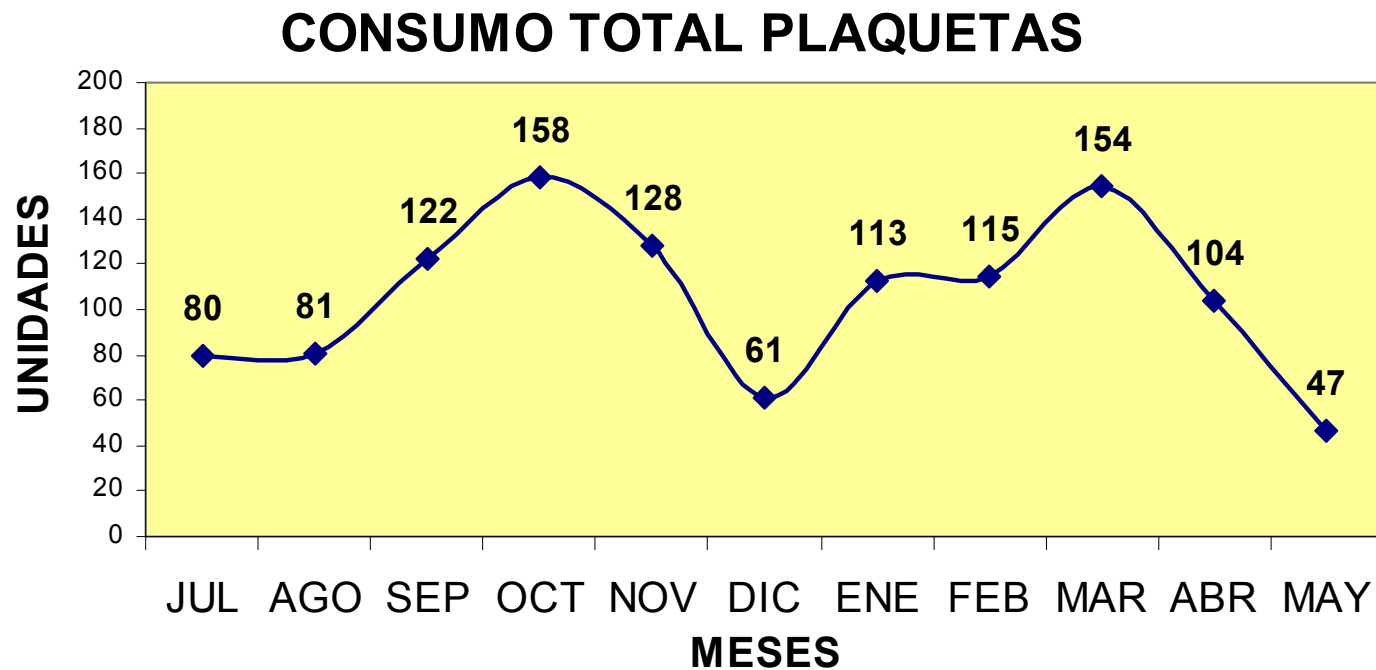
# CONSUMO TOTAL G.D.L.



# CONSUMO TOTAL P.F.C

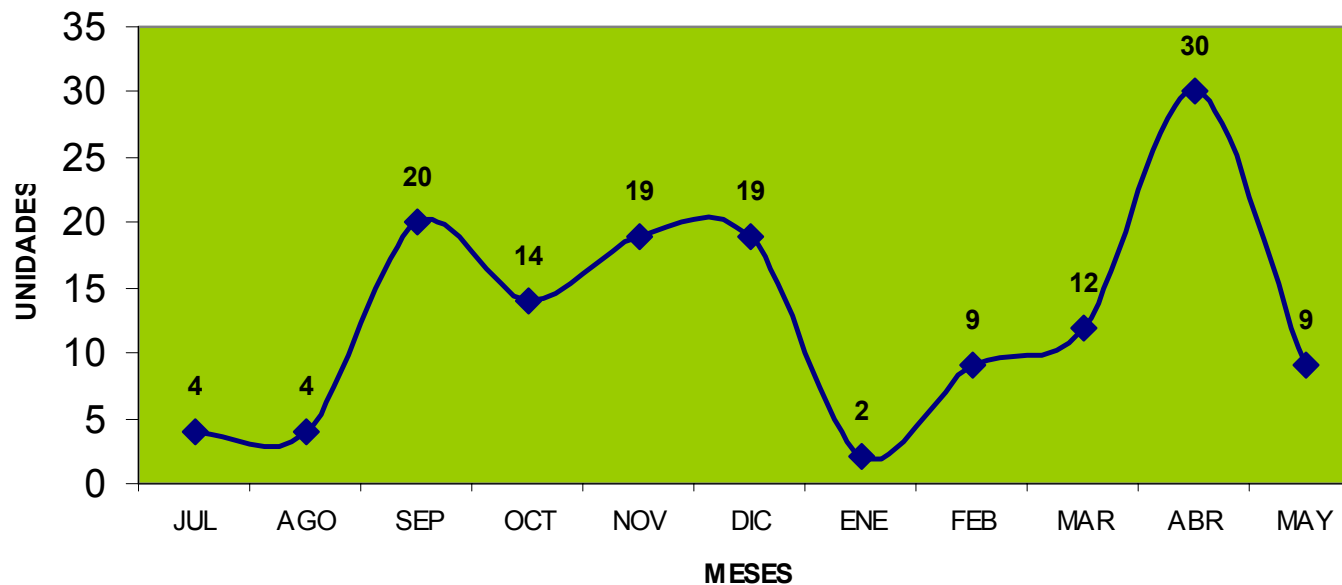


# CONSUMO TOTAL P.L.Q

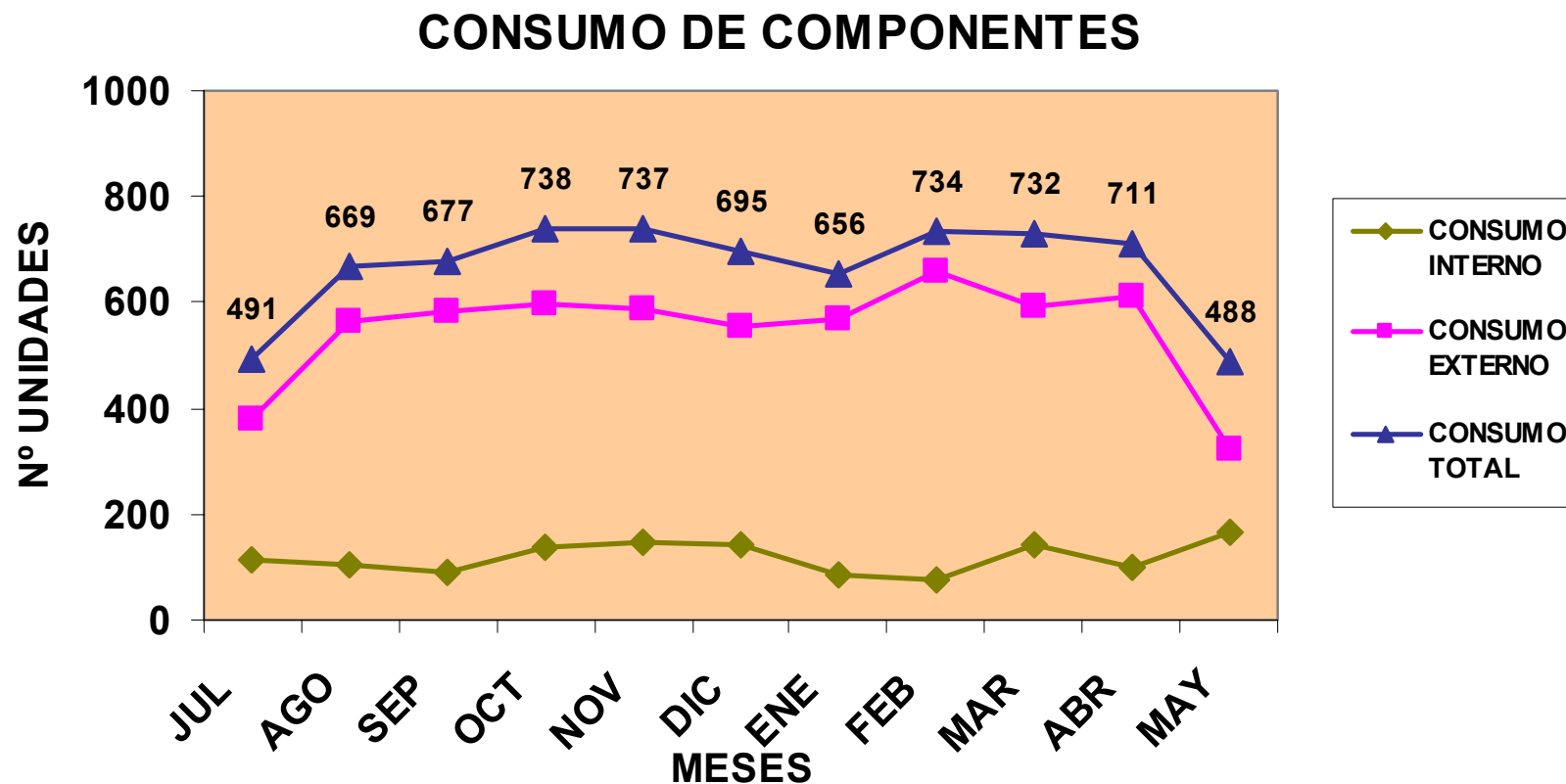


# CONSUMO TOTAL CRIOPRECIPITADO

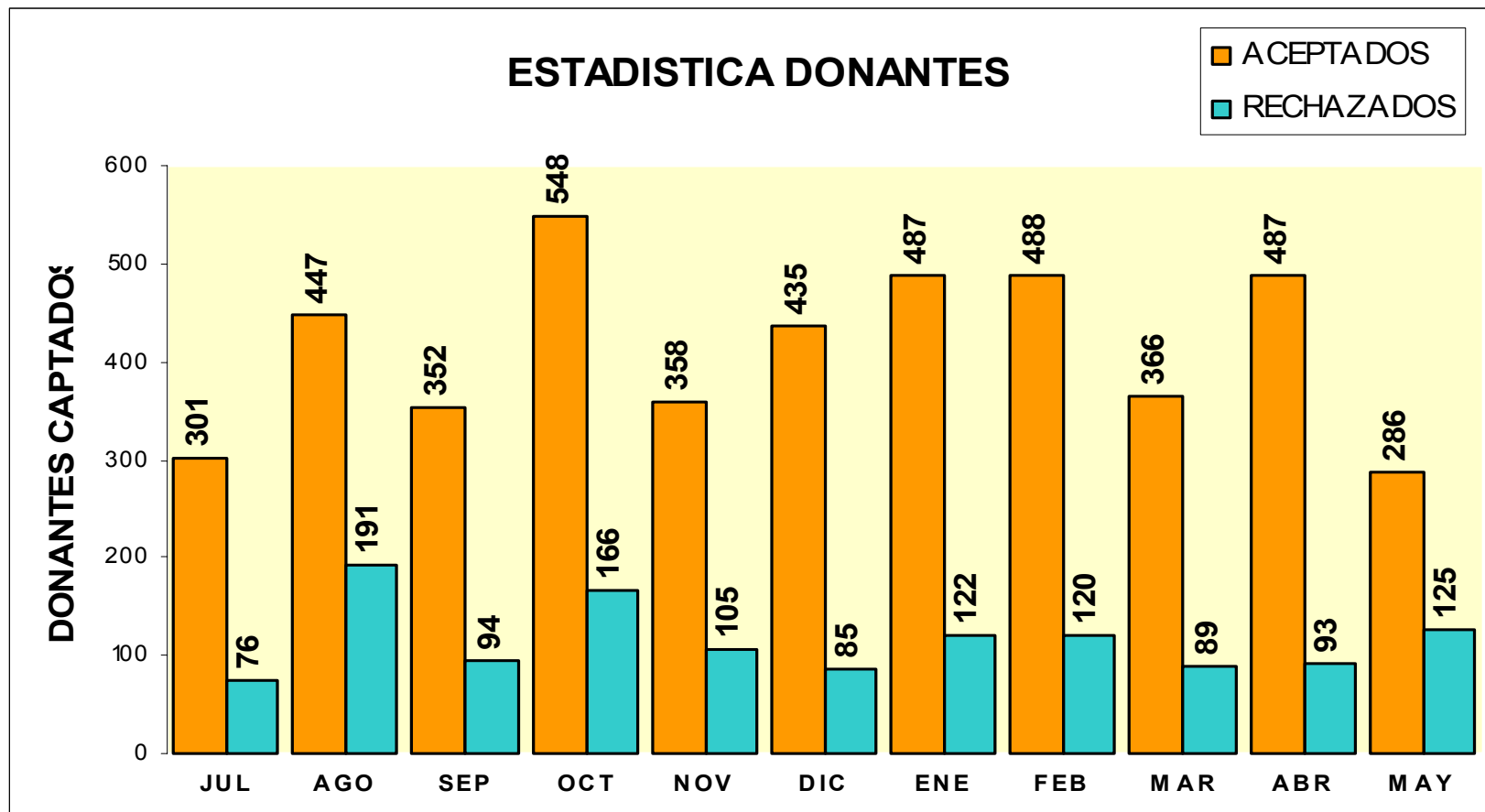
## CONSUMO TOTAL CRIOPRECIPITADO



# CONSUMO TOTAL COMPONENTES

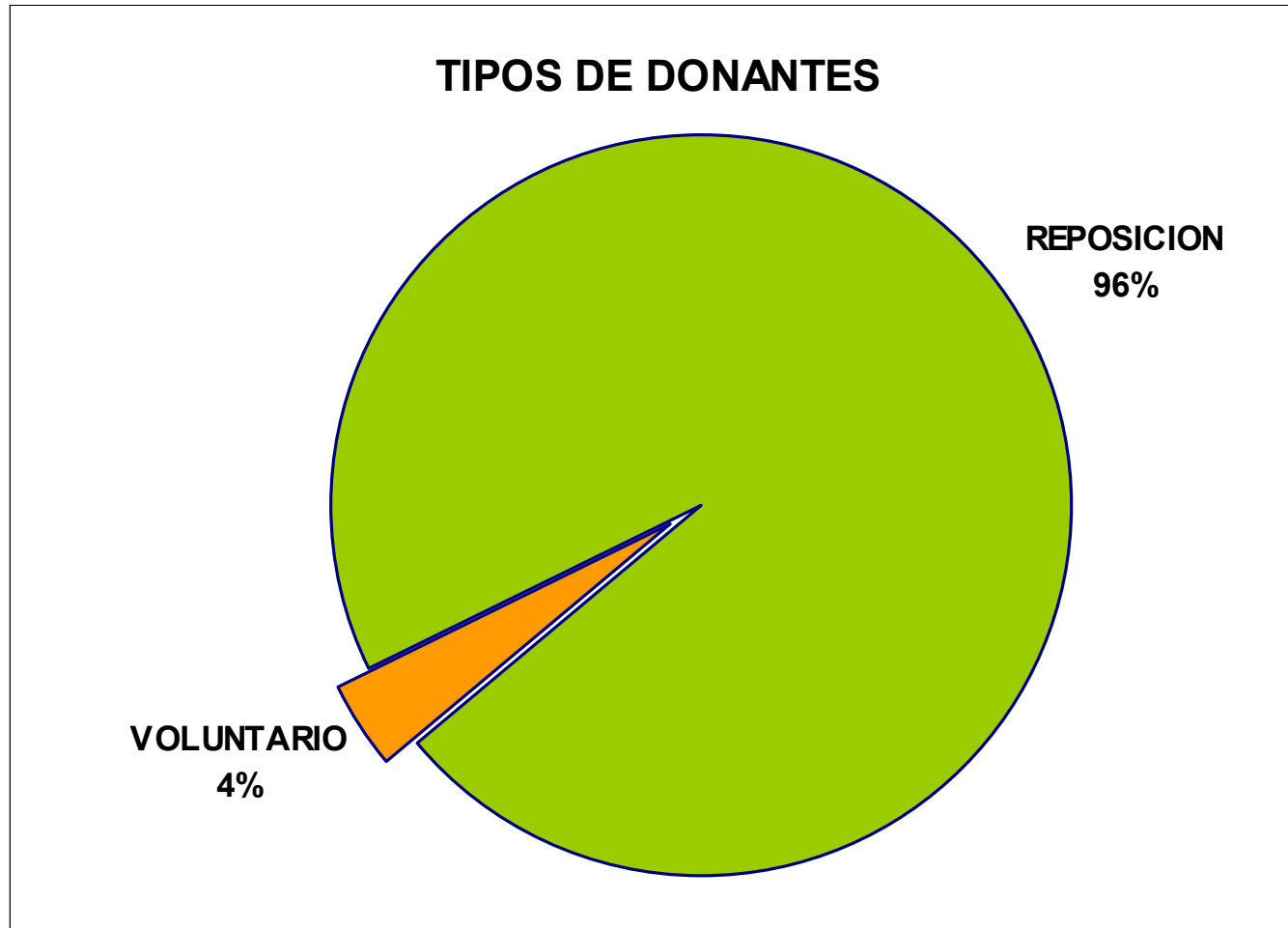


# ESTADISTICA DONANTES

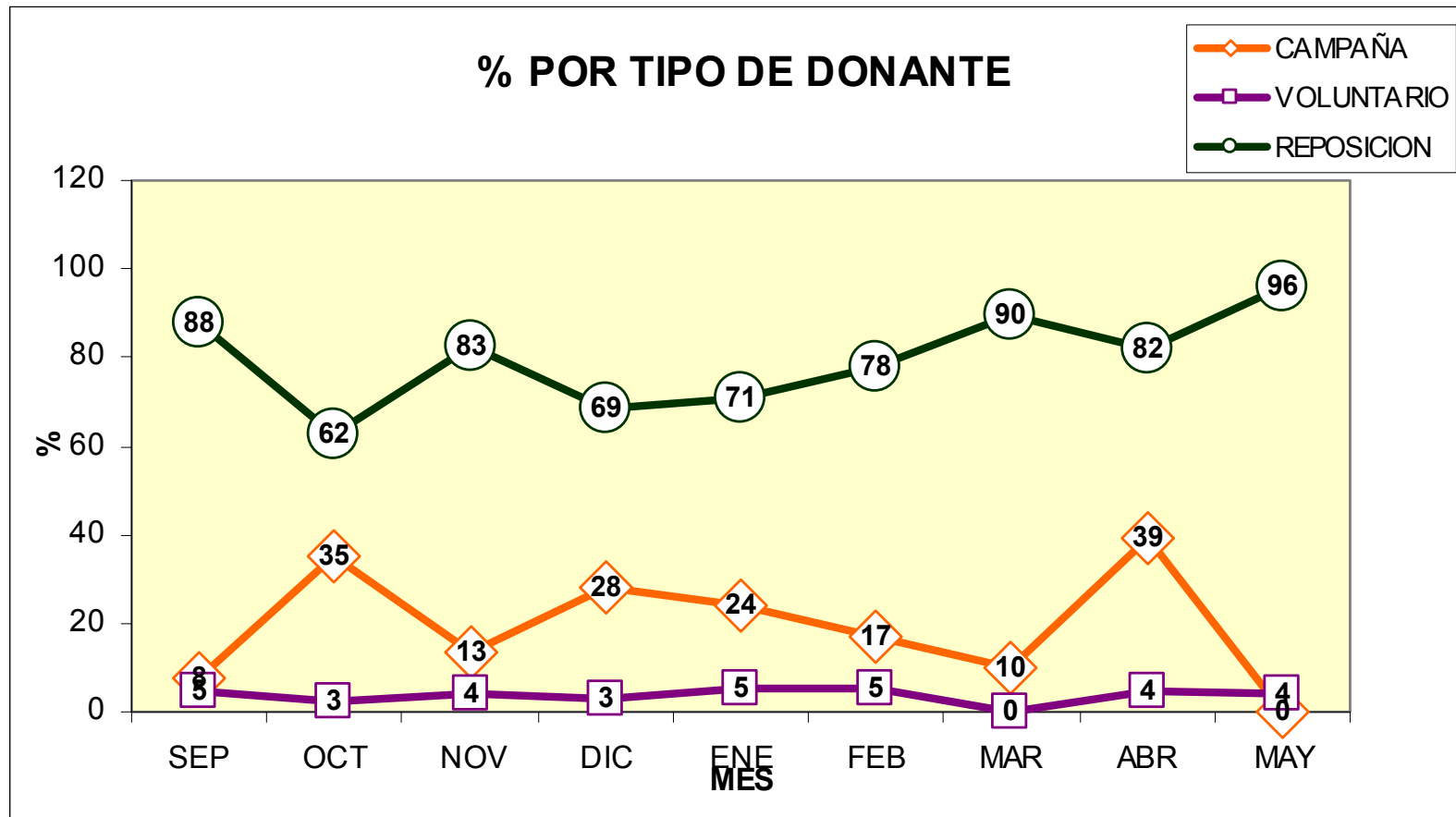




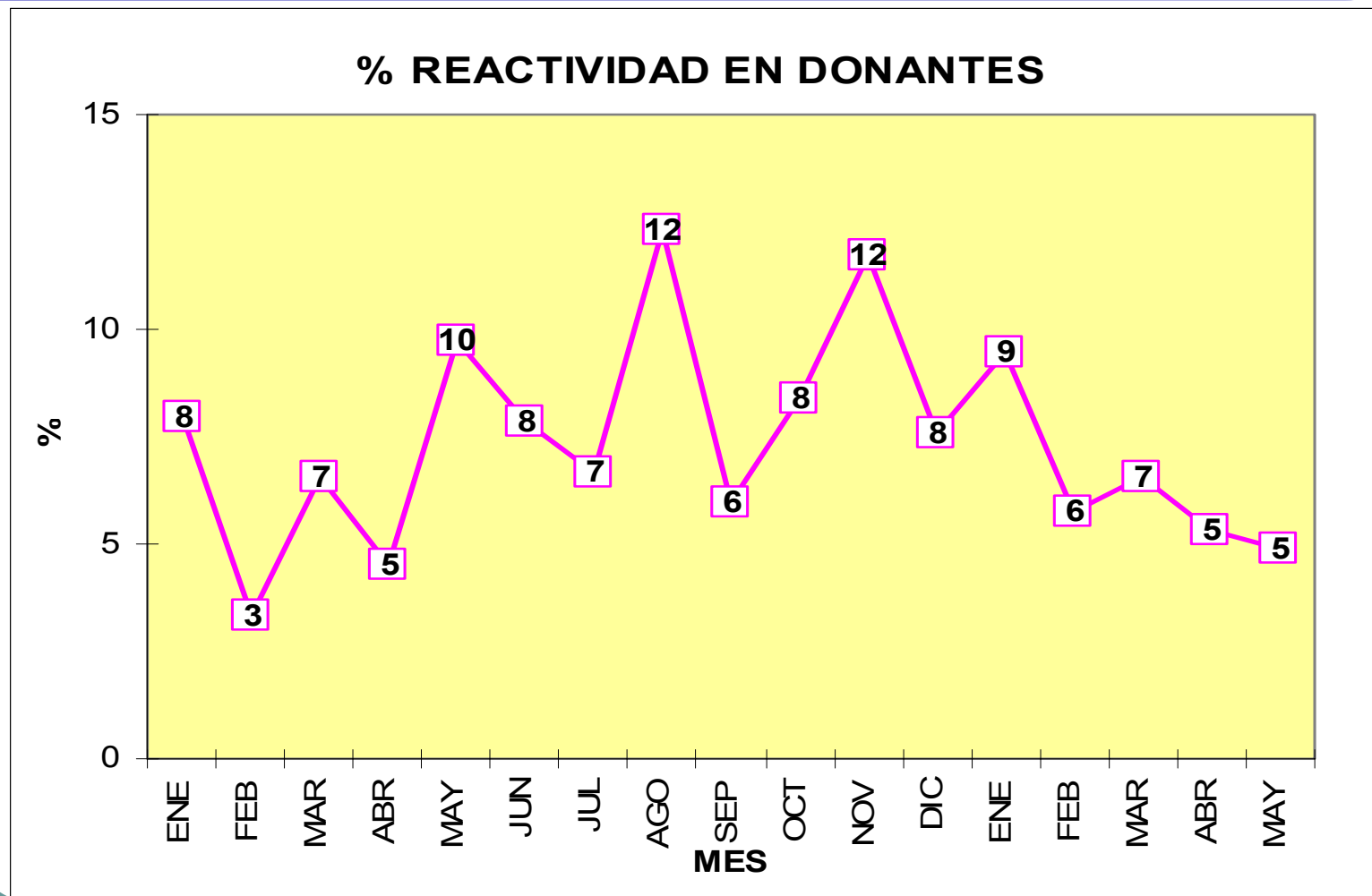
# TIPO DE DONANTES



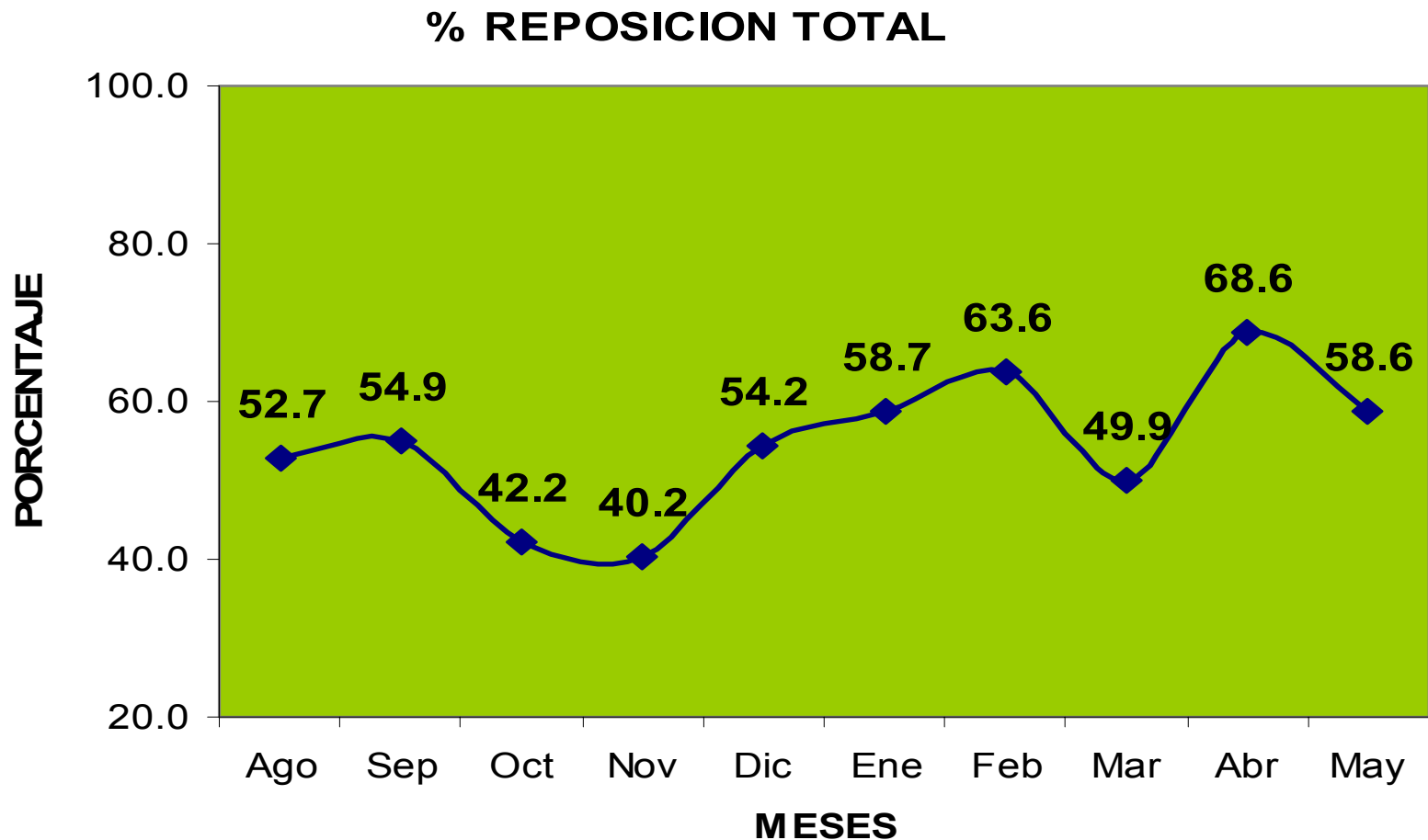
# % TIPO DE DONANTES MENSUAL



# % REACTIVIDAD DONANTES



# % REPOSICION MENSUAL



# % REACCIONES TRANSFUSIONALES



# % REACCIONES A LA DONACION



**BANCO DE SANGRE**

**CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.**

**[RETORNAR MENU](#)**

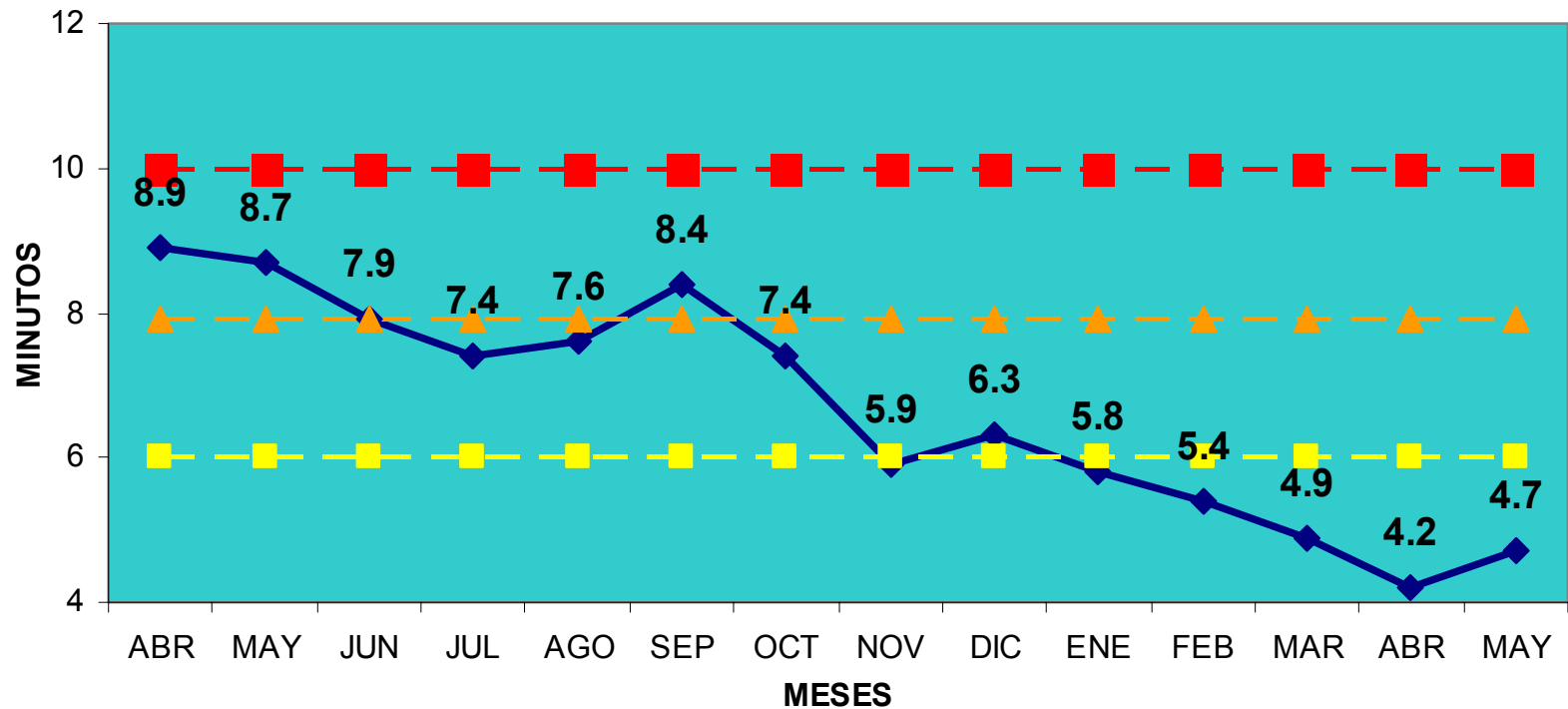
# INDICADORES LABORATORIO

- **OPORTUNIDAD EN TOMA DE MUESTRAS**
  - **CONSULTA AMBULATORIA**
  - **URGENCIAS**
  - **HOSPITALIZACION**
- **OPORTUNIDAD EN ENTREGA DE RESULTADOS**
  - **URGENCIAS**
  - **HOSPITALIZACION**



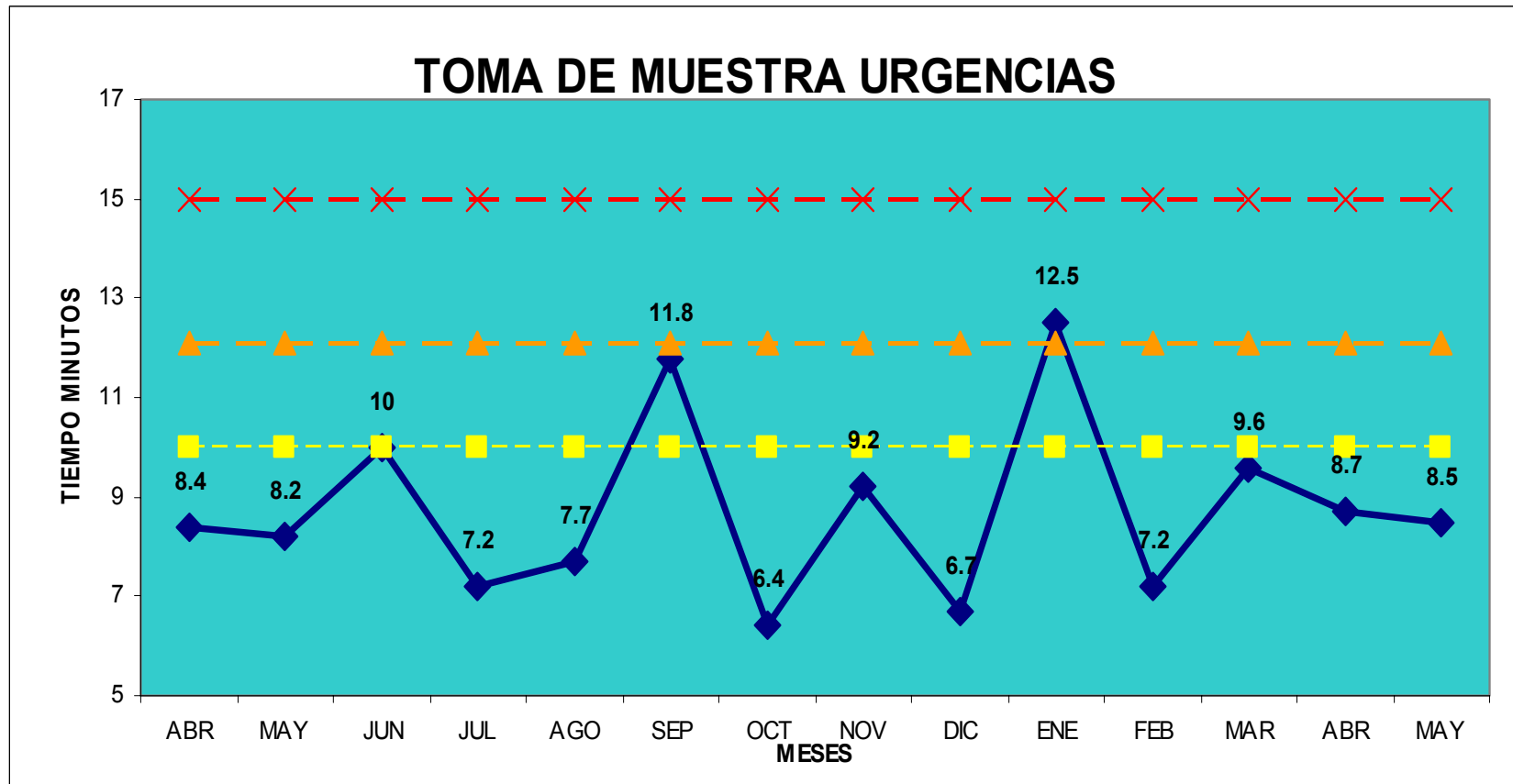
# TOMA MUESTRAS CONSULTA AMBULATORIA

## TIEMPO TOMA DE MUESTRA CONSULTA AMBULATORIA

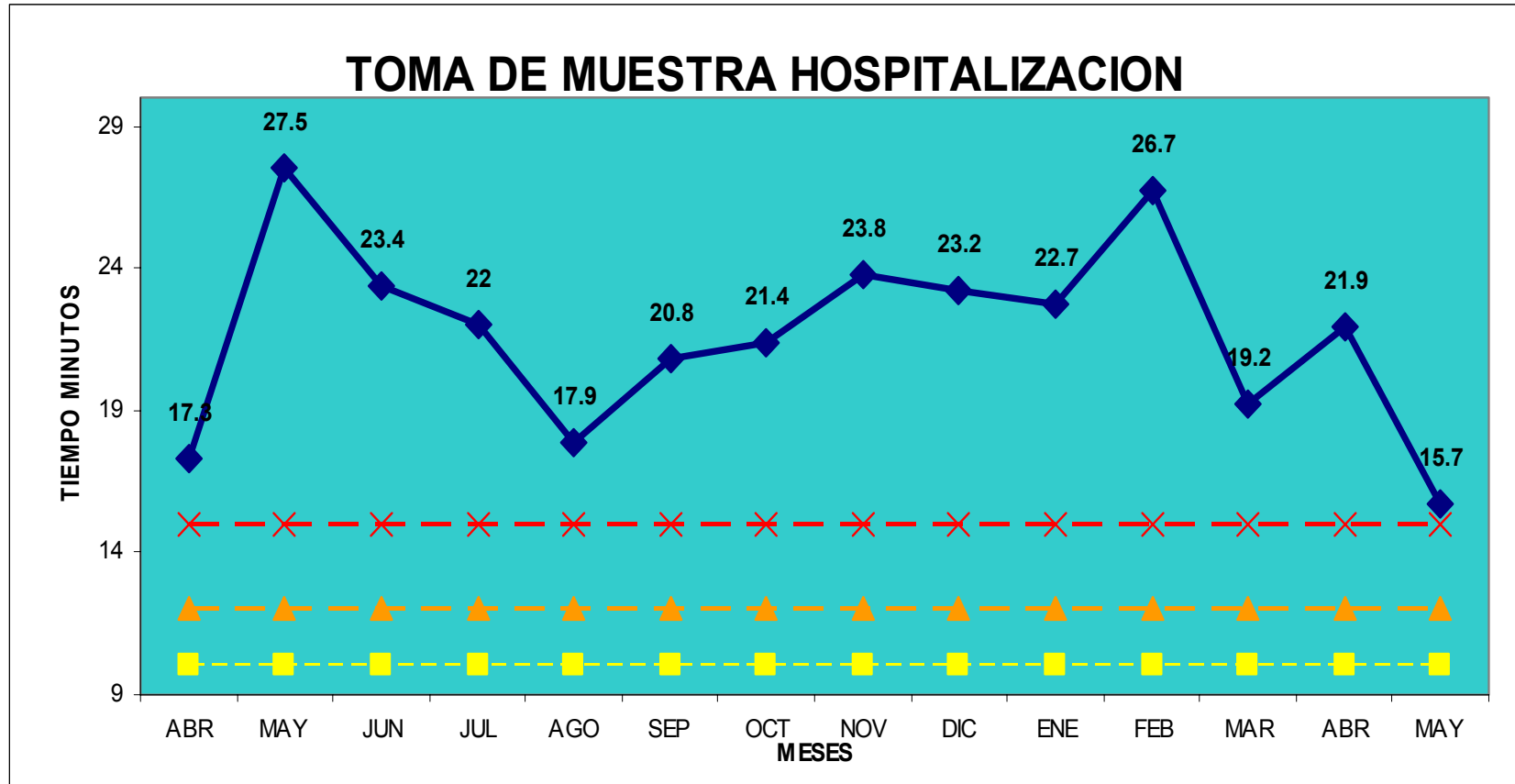




# TOMA MUESTRAS URGENCIAS

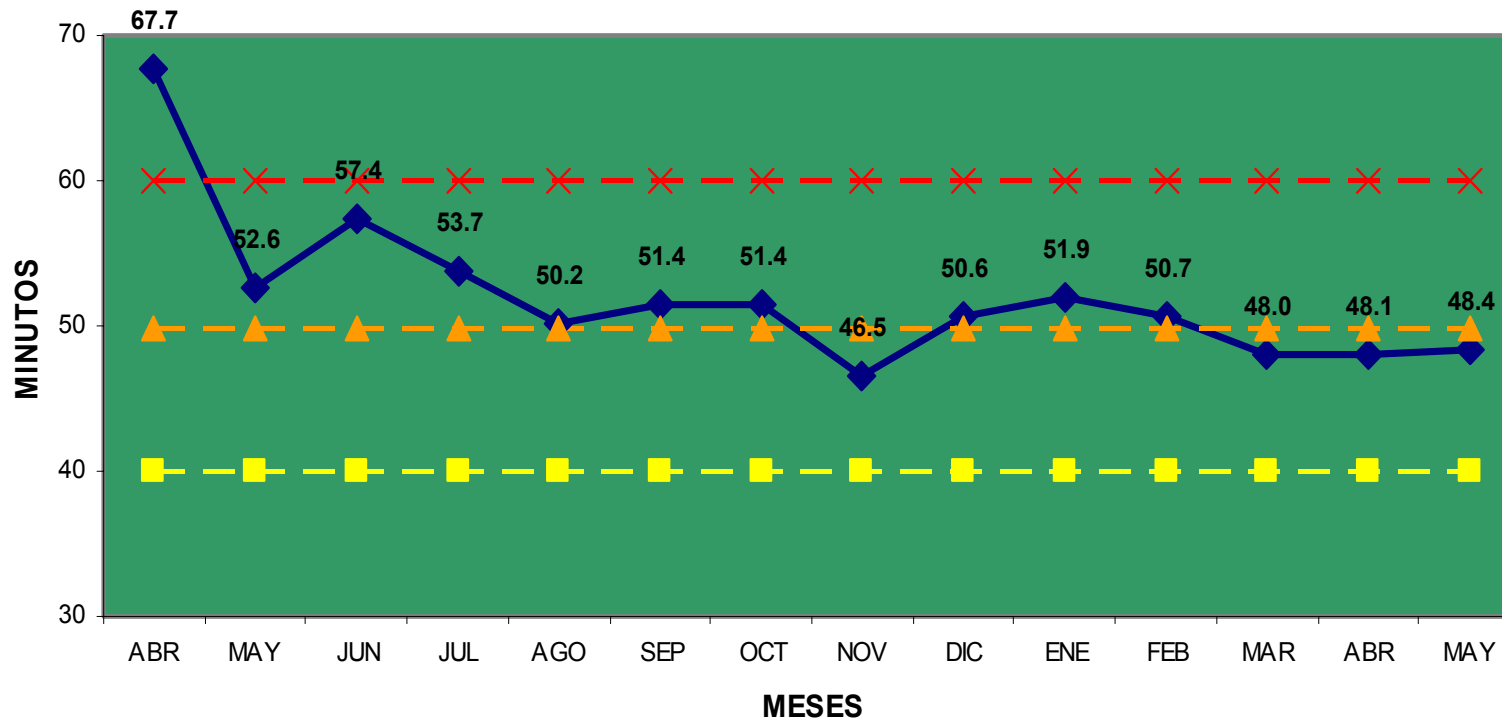


# TOMA HUESTRAS HOSPITALIZACION

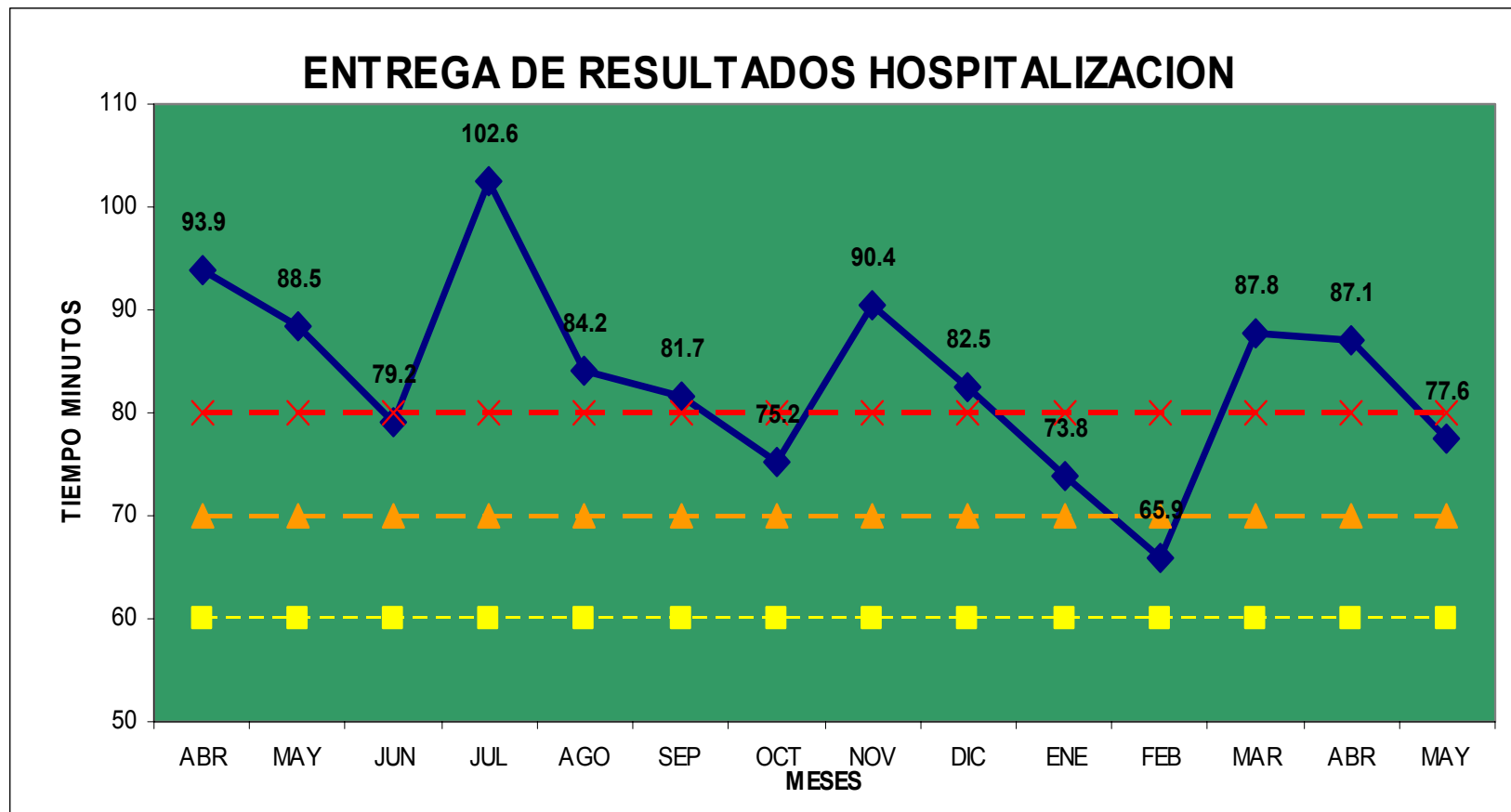


# ENTREGA RESULTADOS URGENCIAS

TIEMPO ENTREGA DE RESULTADOS URGENCIAS



# ENTREGA RESULTADOS HOSPITALIZACION



# ESTADISTICA

## **CAPITADOS**

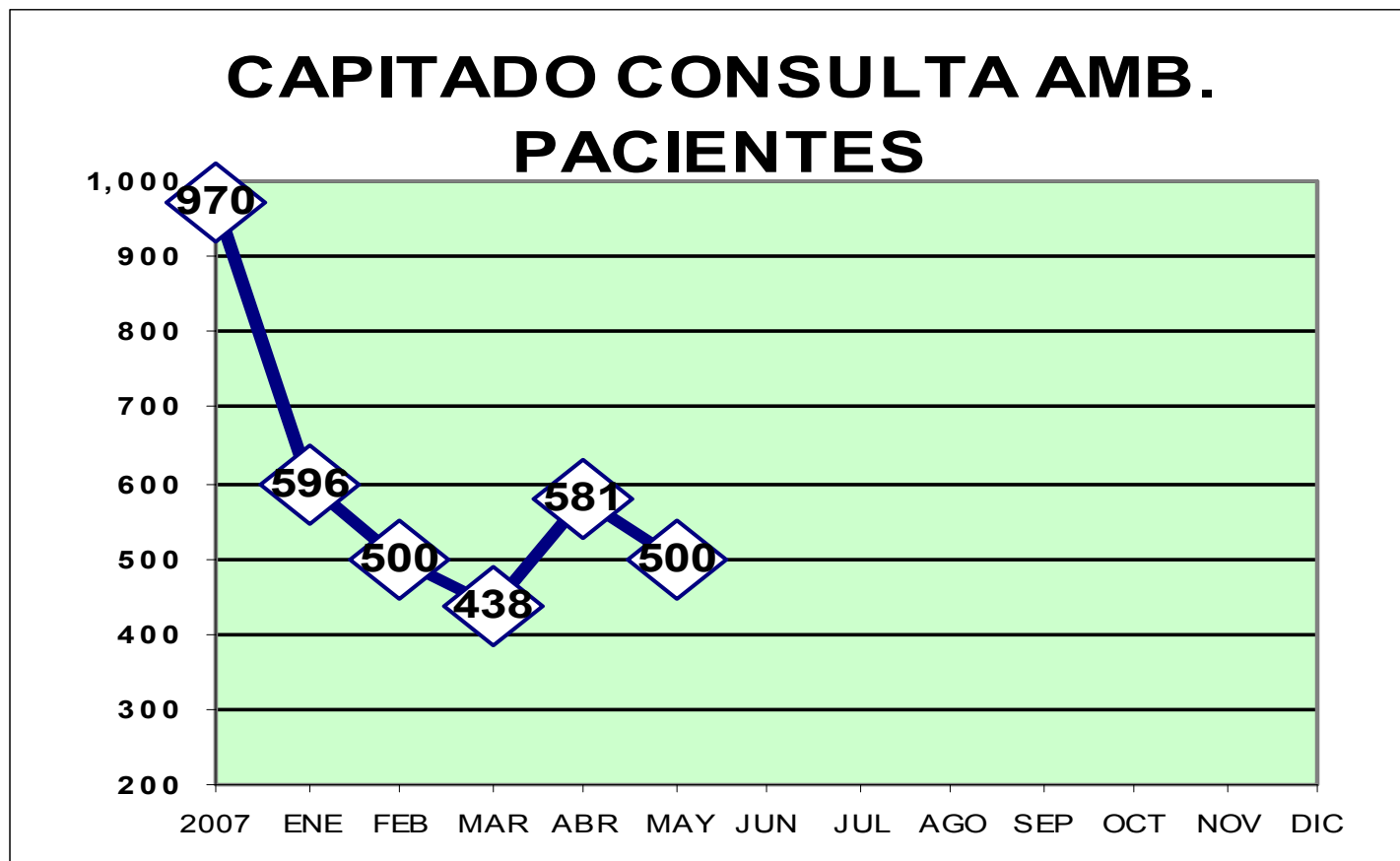
- **CONSULTA AMBULATORIA**
- **URGENCIAS**

## **NO CAPITADOS**

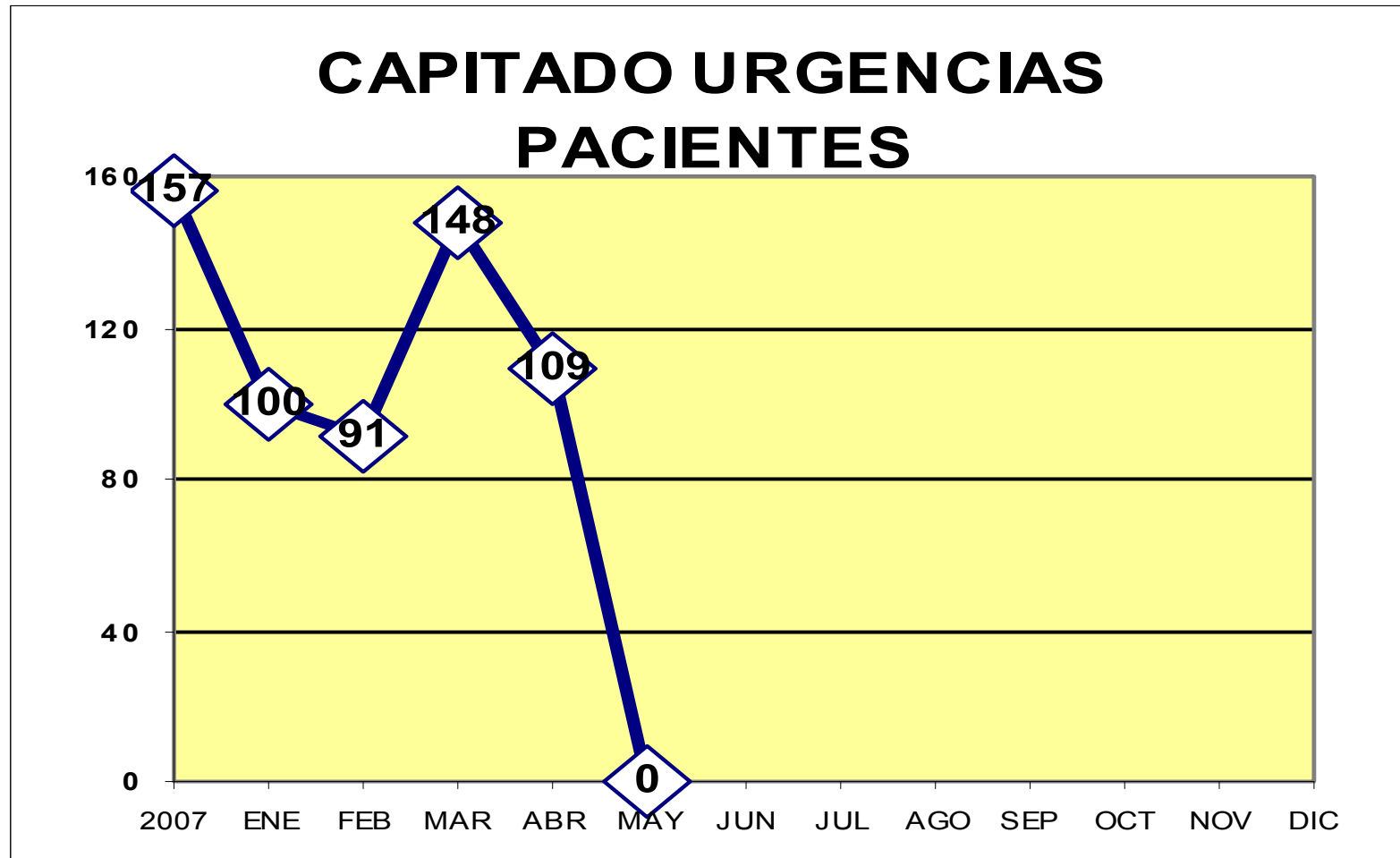
## **VALOR FACTURADO**



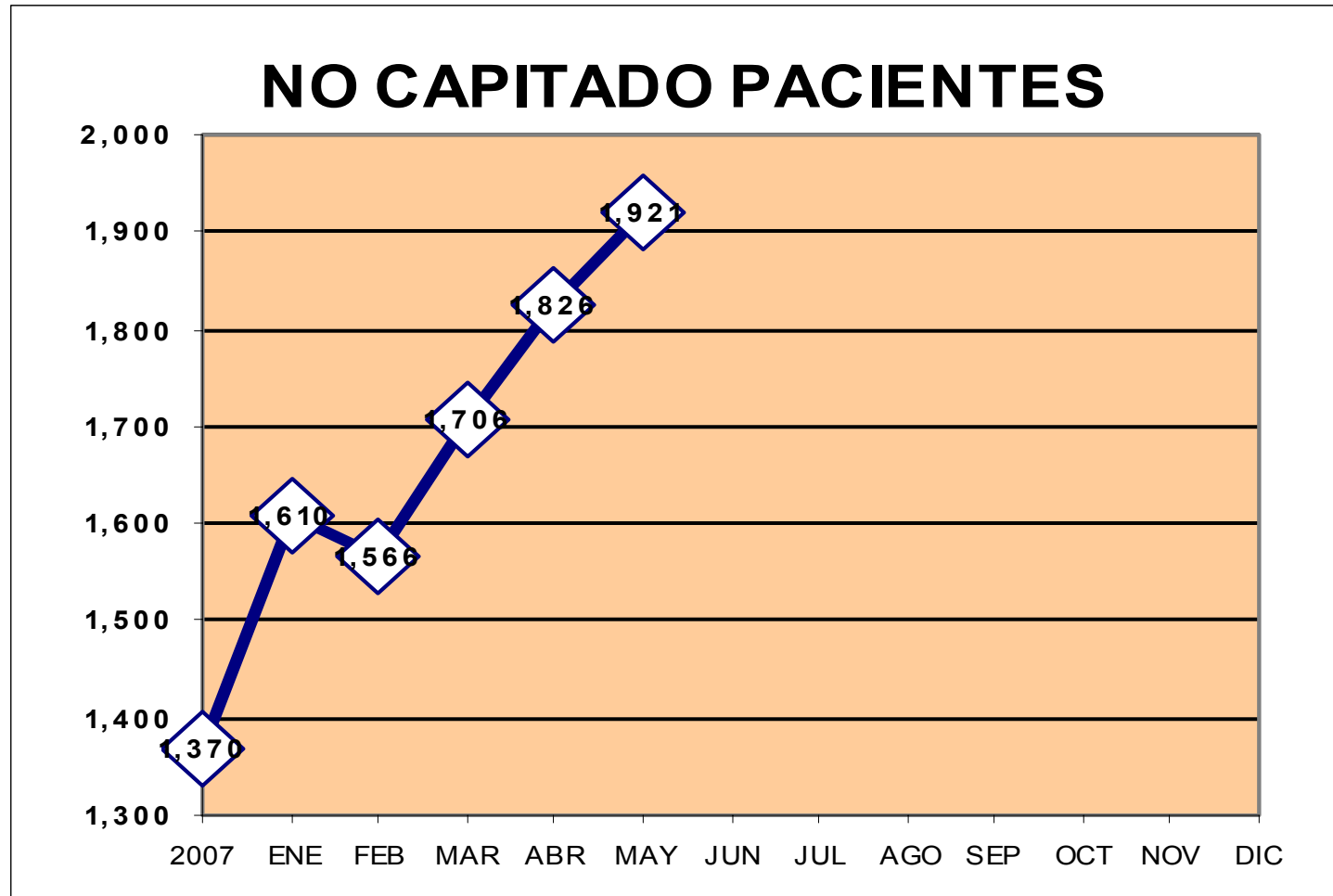
# CAPITADOS CONSULTA AMBULATORIOS



# CAPITADOS URGENCIAS

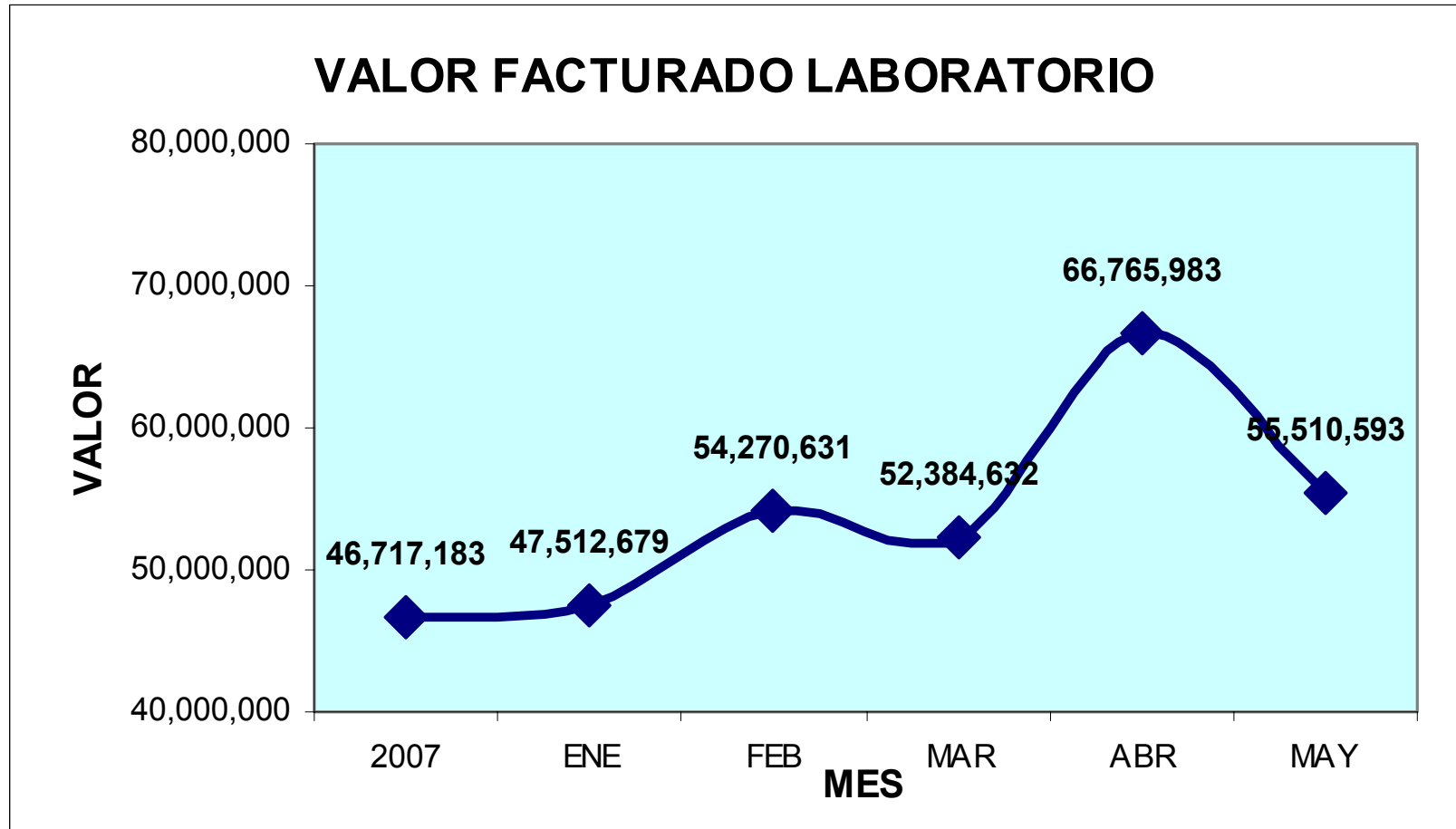


# NO CAPITADOS





# VALOR FACTURADO



## ANEXO 5. INFORME DE AUTOEVALUACION

No.	DESCRIPCIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACION	CALIFICACIÓN EN PORCENTAJE
1	<b>Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial</b>	<b>60</b>
2	<b>Estándares de Direccionamiento</b>	<b>51</b>
3	<b>Estándares de Gerencia</b>	<b>65</b>
4	<b>Estándares de Recurso Humano</b>	<b>30</b>
5	<b>Estándares de Gerencia del Ambiente Físico</b>	<b>63</b>
6	<b>Estándares de Gerencia de la Información</b>	<b>57</b>

Debido a la finalidad del PAMEC como herramienta para mejorar los procesos de atención al cliente-asistencial, decidimos escoger como variables para priorizar los estándares que tengan porcentaje **por debajo del 50 %**, es decir el Estándar de Recurso Humano y de los otros procesos solo aquellos criterios que tuvieron **calificación 1 y 2** con el fin de darle mayor cobertura a la implementación del PAMEC.

A continuación presentamos los criterios con calificación entre 1 y 2 de los estándares de acreditación evaluados. En la columna (**No**) se menciona el número asignado al criterio en el estándar respectivo y entre paréntesis la calificación dada.


No.	CRITERIOS SELECCIONADOS PARA LA PRIORIZACION
	<b>Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial</b>
17	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica. (2)
19	SALIDA Y TRATAMIENTO Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. (1)
20	La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento. (1)
21	El medico u organización que refiero al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido. (1)
	<b>Estándares de Direccionamiento</b>
6	Existe un proceso en la organización para identificar , garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ético establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye : dignidad personal, privacidad y seguridad. (2)
8	Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer. (1)
	<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>

14	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados al equipo de salud ,a los proveedores , a las EPS, al paciente a a sus familiares, a la comunidad y otras entidades a través de los canales apropiados. (2)
	<b>Estándares de Gerencia</b>
3	Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. (2)
10	Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva. (1)
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
14	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados al equipo de salud ,a los proveedores , a las EPS, al paciente a a sus familiares, a la comunidad y otras entidades a través de los canales apropiados. (2)
	<b>Estándares de Recurso Humano</b>
1	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización .(2)
2	Existe un proceso para la planeación de recurso humano. ( 1)
4	La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la organización (1) .
5	La organización garantiza la evaluación de desempeño de los todos los trabajadores profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos. (2)
6	Se adelantan procesos que garanticen el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores (1)
7	Existe un proceso de comunicación y dialogo con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización. (1)
8	Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización (1)
10	La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados. (1)
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
11	Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano ( 1)
12	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan para mejorar la calidad de los procesos. (1).
13	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento. (1)
14	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados al equipo de salud ,a los proveedores , a las EPS, al paciente a a sus familiares, a la comunidad y otras entidades a través de los canales apropiados. (2)

	<b>Estándares de Gerencia del Ambiente Físico</b>
9	La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de las situaciones donde se pierda un cliente, durante su proceso de atención intrahospitalaria. (1)
	<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>
13	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento. (2)
14	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados al equipo de salud ,a los proveedores , a las EPS, al paciente a a sus familiares, a la comunidad y otras entidades a través de los canales apropiados. (1)
	<b>Estándares de Gerencia de la Información</b>
9	Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan para mejorar la calidad de los procesos. (2)
10	Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento. (2)
11	Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados al equipo de salud ,a los proveedores , a las EPS, al paciente a a sus familiares, a la comunidad y otras entidades a través de los canales apropiados. (2)

Estos fueron los criterios seleccionados por la primera calificación realizada por los grupos distribuidos dentro del comité de calidad. Por cuestión de tiempo no se pudo consolidar el Informe Final dado que internamente dentro de la institución no se ha terminado aún la socialización de dichas calificaciones. Por petición de la Gerencia General se debe hacer una socialización y nuevo replanteamiento de la calificación para ajustarse más a la realidad por lo tanto el proceso se llevará más tiempo del establecido en el cronograma inicial.

**ANEXO 6. MATRIZ DE PRIORIZACION**

 <p>La excelencia en la atención de su salud</p>	<p align="center"><b>CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A. DEPARTAMENTO DE CALIDAD MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROCESOS</b></p>				<p><b>CODIGO: FQ-20 VERSION: 01 FECHA: 27-05-2008</b></p>	
<b>ESTANDAR</b>	<b>CRITERIO N°</b>	<b>SOSTENIBILIDAD FINANCIERA</b>	<b>IMPACTO EN EL CIENTE EXTERNO</b>	<b>IMPACTO EN EL CLIENTE INTERNO</b>	<b>IMPACTO EN IMAGEN ORGANIZACIÓN</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Proceso de Atención al Cliente – Asistencial</b>						
<b>Proceso de Direccionamiento</b>						
<b>Proceso de Gerencia</b>						
<b>Gerencia del Recurso Humano</b>						
<b>Gerencia del Ambiente Físico</b>						
<b>Gerencia de la Información</b>						

## ESCALA DE CALIFICACION

**Ponderación 1. Evidencia nula:** Cuando no existen o no se pueden aportar datos objetivos o concretos para valorar el estándar.

**Ponderación 2. Evidencia anecdótica:** Cuando existe algún dato no sistemático.

**Ponderación 3. Alguna evidencia:** Cuando existen datos objetivos y/o concretos pero fragmentados. Se utiliza cuando los requerimientos del estándar no están conseguidos o sólo se cumplen algunos de sus contenidos. También cuando existe comunicación y coordinación inefectiva del proceso dando como resultado lagunas en su realización. Además esta ponderación se utiliza cuando no existe un procedimiento para obtener retroalimentación de los clientes del proceso y cuando hay un conocimiento limitado de las necesidades y expectativas de éstos.

**Ponderación 4. Evidencia clara:** Cuando existen datos objetivos y/o concretos y sistemáticos, expresados de forma detallada en cuanto a ubicación y extensión. Se utiliza cuando se cumplen la mayoría de los criterios del estándar y cuando la comunicación y coordinación en torno al proceso evita lagunas en su realización. Existen procedimientos para conocer y analizar la retroalimentación de los clientes que sirva para la toma de decisiones.

**Ponderación 5. Evidencia generalizada:** Cuando existen datos objetivos y/o concretos que permiten detallar la aplicación sistemática del estándar en todos los ámbitos previstos. Se utiliza cuando se cumplen firmemente todos los criterios del estándar, refleja una comunicación y coordinación efectiva en la

realización del proceso. Hay un procedimiento sistemático y continuo para obtener retroalimentación de los clientes del proceso, esta información se utiliza para llevar a cabo y realizar seguimiento a las mejoras. Existe evidencia que garantiza que el proceso está obteniendo los resultados esperados.

## PONDERACION

Para obtener la ponderación de cada uno de los estándares de acreditación que se están evaluando se calcula la sumatoria de las calificaciones parciales de cada uno de los estándares y se divide por el puntaje máximo otorgado al estándar evaluado, de la siguiente manera:

- **Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial:**

Número de estándares: 25

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $25 * 5 = 125$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

$\text{Puntaje obtenido} / \text{puntaje máximo del estándar} * 100$

- **Estándares de Direccionamiento:**

Número de estándares: 14

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $14 * 5 = 70$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

Puntaje obtenido / puntaje máximo del estándar \* 100

- **Estándares de Gerencia:**

Número de estándares: 14

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $14 * 5 = 70$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

Puntaje obtenido / puntaje máximo del estándar \* 100

- **Estándares de Recurso Humano:**

Número de estándares: 14

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $14 * 5 = 70$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

Puntaje obtenido / puntaje máximo del estándar \* 100

- **Estándares de Gerencia del Ambiente Físico:**

Número de estándares: 14

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $14 * 5 = 70$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

Puntaje obtenido / puntaje máximo del estándar \* 100



- **Estándares de Gerencia de Sistemas de Información:**

Número de estándares: 11

Valor máximo de calificación por estándar: 5

Puntaje máximo otorgado a éste estándar:  $11 * 5 = 55$  que equivale al 100% de cumplimiento del estándar.

Puntaje obtenido: Sumatoria de las calificaciones parciales

**Porcentaje de cumplimiento del estándar:**

$\text{Puntaje obtenido} / \text{puntaje máximo del estándar} * 100$

INDICADORES DE GESTION	
PROCESO	INDICADOR
RECURSO HUMANO	Fluctuación del Personal
	Ausentismo
	Evaluación de Desempeño
	Tasa de Satisfacción del cliente interno
AREAS HOSPITALARIAS UCI - HOSP	Número de egresos
	Ingresos por urgencias
	Días camas disponibles
	Días camas utilizadas
	Número de muertes
	Porcentaje de ocupación
	Días estancia
	Giro cama
	Porcentaje de mortalidad
	Número de pacientes atendidos
	Número de catéteres venosos centrales instalados
	Infección nosocomial asociada a catéteres venosos centrales
	Número de eventos adversos
	Número de accidentes ocurridos en el área por riesgo biológico
Número de pacientes muertos	
URGENCIAS	Porcentaje de capitación
	Urgencia – no urgencia
	Mortalidad en urgencias
	Número de pacientes atendidos
	Número de suturas realizadas
	Número de curaciones realizadas
	Número de eventos adversos
	Número de pacientes muertos urgencias
Formato de oportunidad de médico especialista	
COORDINACION DE ENFERMERIA	Porcentaje de utilización de quirófano
	Número de eventos adversos
	Número de recién nacidos
	Horas de utilización de salas quirúrgicas
	Número de mortalidad perinatal
	Oportunidad en la atención de médico especialista
	Oportunidad en la atención médica en clave azul
	Número de pacientes muertos
	Número de accidentes ocurridos en el área por riesgo biológico
	Infección nosocomial asociada a catéteres venosos centrales
Infección nosocomial asociada a casos de flebitis	

<b>COMITÉ DE INFECCIONES</b>	Porcentaje de Infecciones nosocomiales
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	Oportunidad en la toma de exámenes por servicio
	Oportunidad en la entrega de resultados por servicio
<b>BANCO DE SANGRE</b>	Índice de Donación
	Índice de Reactividad en donantes
	Índice de Reacciones Adversas (Transfusión/Donación)
	Porcentaje de Reposición
	Porcentaje de rechazo de Donantes
	Número de componentes despachados intena y externamente
	Número de Campañas mes
<b>IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>	Número de pacientes atendidos
	Número de estudios realizados
	Pacientes ambulatorios atendidos
	Pacientes urgencias
	Pacientes hospitalizados
	Pacientes UCI
	Pacientes Cirugía
	Número de exámenes remitidos a otras entidades (TAC/Panorámicas)
	Calidad de toma de placas: (% placas buenas / dañadas ) por Tecnólogo
	Oportunidad de toma de servicios: tiempo en minutos discriminado por cada servicio.
<b>COMPRAS</b>	Cumplimiento de proveedores según solicitudes hechas, se recomienda por parte del comité determinar el cumplimiento por cada uno de los proveedores
	Rotación de inventarios. Se recomienda analizar este indicador por cada dependencia para identificar cuál afecta más el indicador.
	Diferencias en inventario físico.
	Cumplimiento en las entregas (en servicio interno).
<b>MANTENIMIENTO</b>	Número de solicitudes de mantenimiento diarias
	Áreas de las que provienen las solicitudes diarias
	Tipo de solicitudes de mantenimiento diaria
	Mantenimientos correctivos realizados en el mes
	Cumplimiento de las actividades mensuales programadas
	Cumplimiento en el despacho de solicitudes de mantenimiento
	Cumplimiento de los requerimientos de mantenimiento correctivo de equipos realizados a proveedores
<b>SIAU</b>	Tasa de Satisfacción global
	Porcentaje por Causas de las quejas
	Quejas por áreas
	Felicitaciones por áreas

<b>ADMISIONES</b>	Porcentaje de cumplimiento en la entrega de los registros de urgencias, hospitalización y consulta externa a facturación
<b>CONTABILIDAD</b>	Razón corriente o solvencia (capacidad para hacer frente a las deudas)
	Prueba ácida
	Nivel de endeudamiento
	Capital de trabajo, es favorable que sea positivo: Positivo
	Utilidad neta en ventas
	Margen operacional de utilidad
	Rentabilidad del patrimonio
Utilidad sobre activos	
<b>SERVICIOS GENERALES Y LAVANDERIA</b>	Eficiencia en el lavado de ropa hospitalaria
	Costo de kilo ropa procesada
	Disponibilidad de ropa hospitalaria
	Servicio de lavandería
	Distribución de kilos por servicio
	Oportunidad en el aseo de habitaciones
<b>CARTERA</b>	Rotación de cartera por cliente
	Cumplimiento de recaudo
<b>ARCHIVO</b>	Solicitudes hechas a archivo por cada una de las dependencias
	Oportunidad en la entrega de las historias clínicas a cada dependencia
	Oportunidad en la devolución de Historias Clínicas por cada dependencia
<b>FACTURACION Y LIQUIDACION</b>	Porcentaje de facturas radicadas sin fecha de recibido
	Porcentaje de cuentas tramitadas por auditoria medica
	Porcentaje de facturas devueltas tramitadas en el periodo
	Porcentaje de cuentas sin facturar
	Porcentaje de facturas radicadas
<b>NUTRICION</b>	Porcentaje de cumplimientos en horarios de distribución de dietas