



# TIPSS Acreditación



Hospital General de Medellín  
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.



## Humanización de la atención

### Cinco principales acciones que evidencian el desarrollo de la humanización en la atención a los usuarios:

- Campañas permanentes de sensibilización sobre la humanización incluyendo la semana de la humanización
- Actualización de la política de Humanización de acuerdo a la política nacional de humanización
- Adecuación de infraestructura humanizada para cliente externo (acceso en portería principal, acceso para ingreso de consulta externa)
- Adecuación del programa madre canguro, banco de leche.
- Programa de la salud mental para paciente de ginecoobstetricia.

### Humanización en el personal:

- Acceso a oportunidades de capacitación y formación continua a personal provisional a través de priorización de entrenamientos en los puestos de trabajo (financiación de pregrado, diplomados y cursos)
- Acceso a actividades de bienestar e incentivos independiente de la forma e contratación (bonos e incentivos en investigación y publicaciones, bonos de

olimpiadas de calidad a categoría de terceros no asistenciales, fiesta de fin de año, celebración de días especiales, gimnasio)

- Adecuación de espacios para descanso (terraza de tercer piso zona norte)
- Fortalecimiento del programa de salud mental para cliente interno y la sala violeta
- Capacitación sobre Humanización de los servicios de salud a personal de facturación

**RESULTADO TOTAL. EVALUACION PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN, 92,6%%**

### Principales mecanismos de comunicación de doble vía utilizados entre jefes y subalternos:

- Visitas de calidad
- Buzones para expresiones del cliente interno
- Correo electrónico
- Audiencias públicas de rendición de cuentas
- Buzones virtuales

### · Seguridad del paciente:

Indicadores:

- Apropiación del conocimiento política de seguridad 2020 de 90, 74%.En el año 2021 84%(olimpiadas de calidad)
- Encuesta percepción de clima de seguridad 2021: 53% Identificación de pacientes:
- En la Lista de chequeo prácticas seguras en la atención del paciente, aplicada durante las visitas de calidad, en la cual 5 de sus ítems a evaluar se relacionan con la identificación del paciente/dispositivos/muestras
- Lista de Chequeo para la metodología de paciente trazador en la cual, uno de sus ítems a evaluar es la verificación de la identificación del paciente.
- Lista de chequeo de seguridad quirúrgica, la primera variable a chequear es la confirmación de la identidad del paciente. Igual verificación se incluye al final de la primera fase, por parte del equipo quirúrgico.

- En el año 2021 el Programa de Seguridad del Paciente fue reconocido como experiencia exitosa en: 30° Foro Internacional OES en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá,III Foro Experiencias exitosas Nursing Now,Fundación Guayacanes TOP BENCH Excelencia en la Gestión.

### Comunicación asertiva:

- Proporción de cliente interno existe un buen nivel de comunicación entre los compañeros de trabajo: 2021, 70%.

### Seguridad de medicamentos de alto riesgo:

- Desde el 2009, la institución ha dado prioridad a considerar los electrolitos concentrados como de “Alerta alta”. Las formas concentradas de sodio, potasio y magnesio se dispensan identificados con un adhesivo circular de color naranja con la leyenda “Alerta Alta”, lo cual advierte al personal asistencial que involucran un mayor riesgo de causar un daño significativo al paciente cuando se utilizan erróneamente y sin dilución previa.
- Con relación a los medicamentos de control especial clasificados como de alerta alta, desde la central de mezclas parenterales se ha estandarizado el plan de producción de medicamentos tales como Remifentanil, Fentanyl, Midazolam, Morfina, Hidromorfona, mezclas epidurales y raquídeas, Propofol, Succinilcolina y Ketamina para mitigar el riesgo de presentar eventos adversos asociados a su manipulación y/o administración.

### Sitio, procedimiento y paciente correcto:

- El listado de verificación divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del desarrollo normal del procedimiento; el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica o Time Out), y el periodo durante o inmediatamente después del cierre de la herida (Salida)

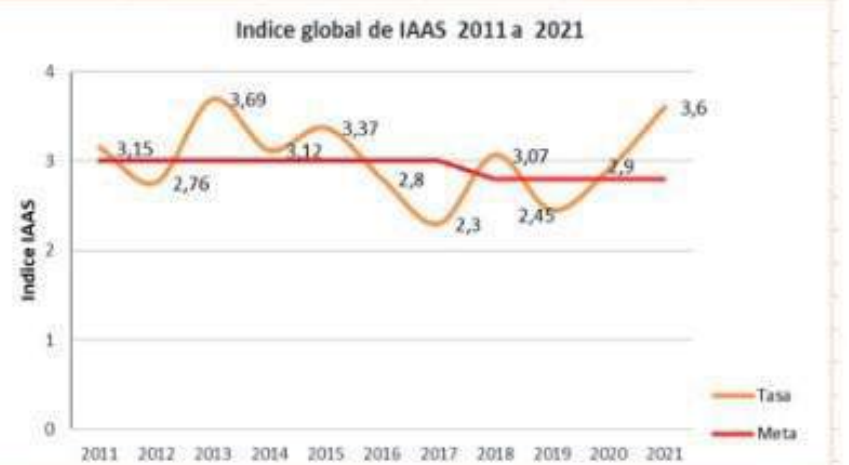
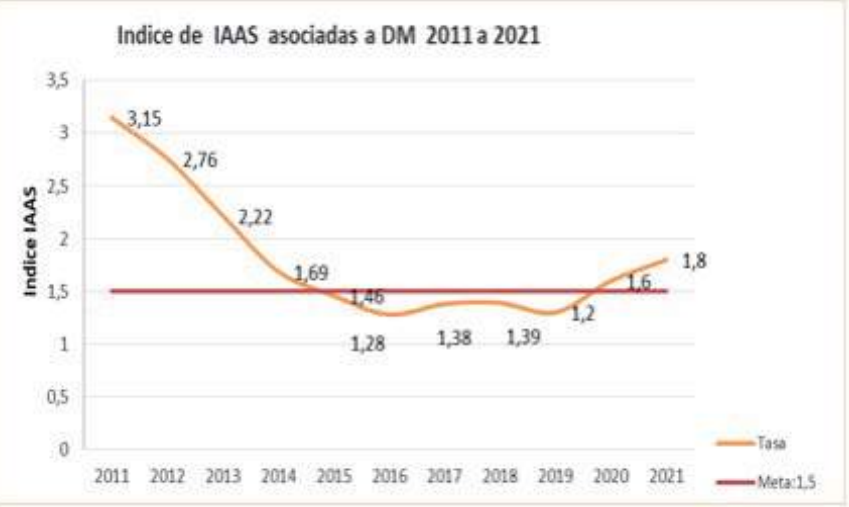
### Disminución del riesgo de infecciones:



# TIPSS Acreditación



Análisis causa raíz protocolos de Londres 13 eventos adversos centinelas, nivel de daño muerte enero a diciembre 2021.



Fuente : Calidad-Planes de acción-Presentación plan de acción epidemiología



## Disminución del riesgo de caídas:



## Higiene de manos:



## Aislamiento:



## Plan para abolir el reuso: Estrategias

- Crear una cultura del uso adecuado de los dispositivos, evitando la pérdida de integridad y su apertura de los empaques de forma innecesaria.
- Mantener la clasificación de los dispositivos y sus fichas acorde a la disponibilidad de insumos que disponga la institución.
- Velar por el cumplimiento del número de reusos que permiten los fabricantes de los dispositivos.
- Mantener una cultura de reporte de eventos adversos e incidentes en los funcionarios ante fallas de los dispositivos de reuso.
- Mantener actualizado y capacitado al personal sobre el uso apropiado de los dispositivos médicos.
- Implementar mecanismos de evaluación para garantizar su aplicación.

## Alertas en la historia clínica:

- La legibilidad y claridad de los registros y el orden cronológico de estos.
- Que se archiven todos los documentos que se generan a través de la atención del paciente y pueden ser consultados por medio de un número único de episodio, que se genera cada vez que el paciente ingresa a la institución.
- Que el acceso a la historia clínica sea limitado al equipo de salud y administrativo que interviene en el proceso de atención del paciente de acuerdo a perfiles laborales, garantizando la confidencialidad y privacidad.
- Que a todo paciente que es atendido en el Hospital se le hace apertura de un historial clínico única a través del documento de identificación y diferenciando cada atención a través de un número de episodio que contiene los registros de cada atención.
- Que se tiene como sistema de chequeo el número de identificación, los dos nombres y dos apellidos, fecha de nacimiento e impresión de manilla de identificación que lleva el paciente hasta el momento del egreso.
- Que se utilicen alarmas para minimizar los riesgos en el proceso de atención: se tienen alarmas visuales para el manejo de medicamentos: Interacciones medicamentosas, dosis máximas y mínimas, valores de referencias normales en la hoja de signos vitales que le



# TIPSS Acreditación

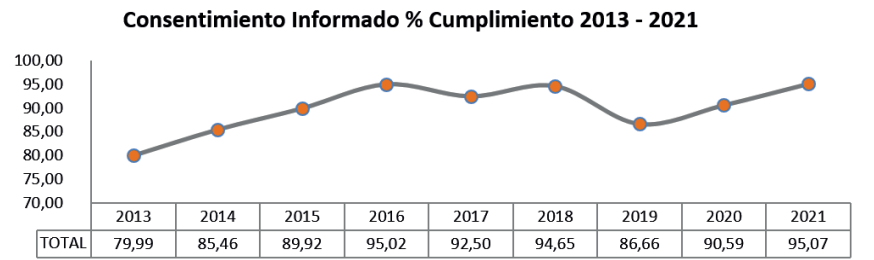
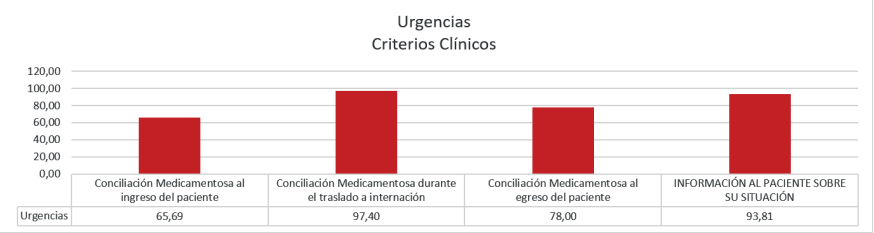
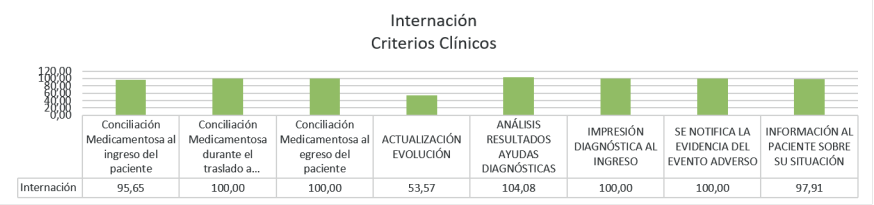
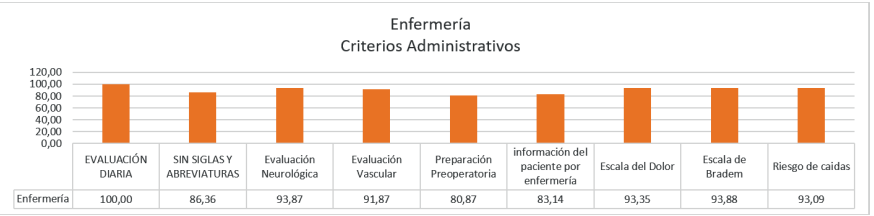
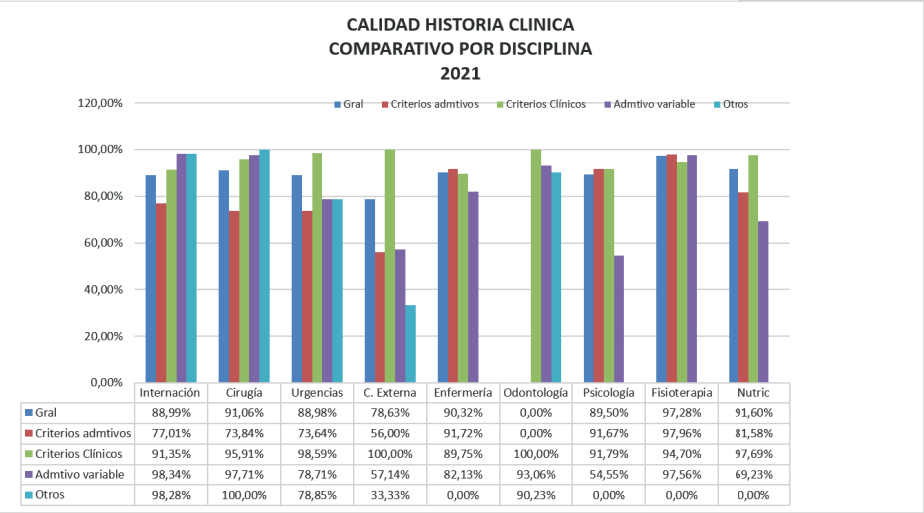


Análisis causa raíz protocolos de Londres 13 eventos adversos centinelas, nivel de daño muerte enero a diciembre 2021.

permiten a la enfermera verificar si hay alteración, registro de factores de riesgo en la historia clínica y visible en las vistas de ocupaciones: Alergias a medicamentos, alto riesgo de caídas, aislamiento y causa del mismo, enfermedades de base, tromboprofilaxis, alerta de que el paciente evolucionado y tiene ordenes pendientes, prioridad en órdenes clínicas en RIS, medicamentos pendientes, alarmas de alergias alimentarias etc.

De igual manera desde el sistema de información y específicamente en el módulo de historias clínicas, se desarrollaron alertas y mensajes para: riesgo de tromboembolismo, alerta de prescripciones (medicamentos de control, alto riesgo, dosis máxima, alerta por indicaciones y prestaciones pendientes, alerta para el manejo del dolor, correos por exámenes urgentes, entre otros.

### Diligenciamiento de historia clínica:



## Gestión de medicamentos y far-macovigilancia.

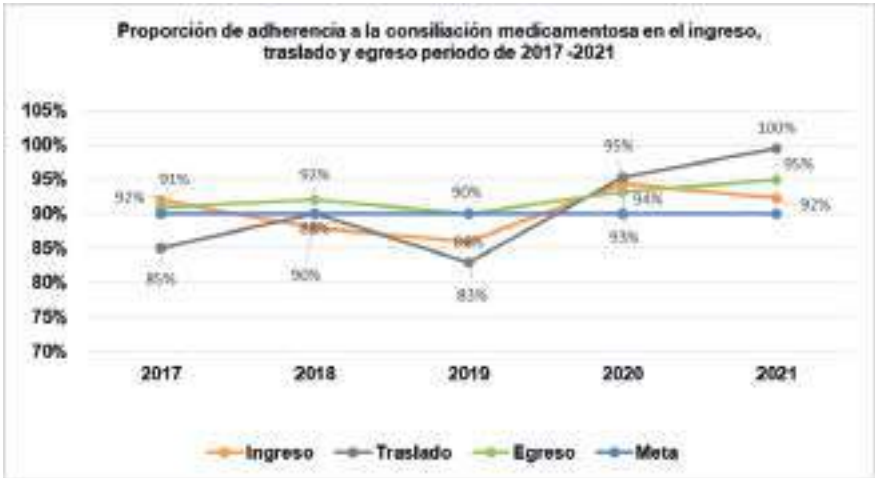
### Perfil farmacoterapéutico:

Le fecha de implementación del perfil farmacoterapéutico en el HGM fue el 5 de febrero de 1999.

Sistema de unidosis:

El sistema de dosis unitaria se apoya en una infraestructura certificada por el INVIMA por primera vez en agosto de 2011 y recertificada en noviembre de 2016.

Reconciliación medicamentosa:



## Alertas sobre alergias a medicamentos y medicamentos con empaque y nombres parecidos:

Identificación de pacientes alérgicos: A través de SAP, el médico puede efectuar registro de los antecedentes alérgicos de cada paciente a través de botón de “Antecedentes” en la historia clínica, lo cual hace parte de la adecuada anamnesis a través del propio paciente o de sus acompañantes.

Medicamentos de aspecto similar: El Hospital ha identificado los medicamentos con nombre o aspecto similar. medicamentos LASA.

El procedimiento de manejo de etiquetas del servicio farmacéutico MI-AIS-FR003I05, establece además que “el etiquetado auxiliar también se puede emplear para diferenciar un medicamento y así minimizar el riesgo de confusión con otro medicamento de aspecto similar”, e indica que “también puede emplearse una etiqueta con el nombre del medicamento de una forma más visible que la etiqueta original y acompañado de su vía de administración a fin de diferenciarlo de otros con alto riesgo de confusión”

### Administración de medicamentos:

En relación con la administración de medicamentos, el HGM estructura y actualiza de manera sistemática el Manual de medicamentos, en el cual se encuentran descritas todas las actividades y barreras de seguridad que el personal debe aplicar para la adecuada administración de medicamentos y minimizar la aparición de eventos adversos.

### Hemovigilancia:

El Hospital General de Medellín tiene implementado un programa de hemovigilancia, con la necesidad de hacer el manejo del riesgo en la medicina transfusional. El Programa de Reactivovigilancia esta bajo el liderazgo del lider de laboratorio clinico, banco de sangre y patología.

# TIPSS Acreditación



Análisis causa raíz protocolos de Londres 13 eventos adversos centinelas, nivel de daño muerte enero a diciembre 2021.

## Guías de práctica clínica médica:

### Para la adopción de Guías o Protocolos, se procederá de la siguiente manera:

Las de vigilancia epidemiológica, serán las definidas por la autoridad competente (Ministerio de Salud y Protección Social), conservando su estructura original, con la aprobación del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la Institución y una comunicación a las partes interesadas, por parte del Coordinador del Comité.

Para la adopción de otras guías asistenciales, serán propuestas por el Comité Científico y la Subgerencia de Procesos Asistenciales, quienes las aprobarán, cumpliendo con los criterios definidos en este instructivo y en la estructura documental del Sistema de Gestión Integral de Calidad. Esta decisión será comunicada por la Subgerencia de Procesos Asistenciales con fecha y acta de aprobación.

Para la adaptación de otras guías asistenciales, serán propuestas por el Comité Científico y la Subgerencia de Procesos Asistenciales, quienes las aprobarán, cumpliendo con los criterios definidos en este instructivo y en la estructura documental del Sistema de Gestión Integral de Calidad. La justificación de la adaptación y los créditos de autoría, se consignan en el campo de MODIFICACIONES – Razón de la Actualización.

Para la adopción y adaptación de las Guías de Práctica Clínica, se aplicará la Guía Metodológica para la Búsqueda y Valoración de Evidencias Técnico-Científicas, esta metodología se resume a su vez en el documento Paso a Paso Guía Metodológica para la Búsqueda y Valoración de Evidencias Técnico-Científicas.

### Revisión y actualización: enuncie el tiempo establecido para la revisión y actualización y describa la metodología utilizada:

Las guías son revisadas cada cinco años o cuando se tengan nuevas disposiciones, bien sea de instancias competentes o necesidades de la Institución, como por ejemplo por recomendaciones del comité de seguridad del paciente o cuando se encuentran asociadas a algún proyecto estratégico. Las guías de antibioticoterapia se actualizan cada año acorde a la resistencia bacteriana que se presente en la institución según los seguimientos desde el comité de infecciones.

### Comité de infecciones intrahospitalarias:

El Índice global de IAAS en 2021 es de 3,8 aumentó en un 36% a 2021 con respecto al año 2019

El Índice de infecciones asociadas a dispositivos médicos es de 1,8 para 2021

La tasa de ITS disminuye en 2021 es de 0,3, disminuyó un 80% con respecto al 2020

La tasa de IAAS en la unidad neonatal para 2021 es de 5,6 disminuyó en un 17% con respecto a 2020.

### Comité de farmacia y terapéutica:

**Logros:** Recertificación en Buenas Prácticas de Elaboración, fortalecimiento del programa de farmacovigilancia, del programa de conciliación medicamentosa, gestión de medicamentos propiedad del paciente, implementación del proceso de atención farmacéutica y del módulo de medicamentos en SAP el cual incluye además un mecanismo de reporte de reacciones adversas y advierte al personal ante la prescripción de un principio activo al cual el paciente presenta antecedente de reacción adversa.

· Acompañamiento técnico por parte de un químico farmacéutico en el proceso de selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos. Proceso que fue ajustado y al cual se le definieron nuevos controles. Se realiza gestión de la evaluación de productos que por sondeo de mercado se encuentran con costos más bajos a los que la institución maneja; o que en el uso diario se detectan problemas o fallos que impiden la atención eficaz y segura a los usuarios o al personal de la institución.

· Fortalecimiento de estrategias básicas que fomentan y desarrollan una cultura de la seguridad en la Institución, con relación al control de riesgos asociados al uso de medicamentos, tales como: diferenciación de medicamentos parenterales con alto riesgo de confusión por aspecto similar y de alerta alta, fichas de seguridad y herramientas auxiliares, identificación de pacientes con reacción adversa a medicamentos para evitar la reexposición innecesaria y, seguimiento de la adherencia a guías de antibioticoterapia de uso restringido.

Seguimiento a los programas de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivo vigilancia.

### Comité de historias clínicas:

#### Logros:

· Calidad del registro de Hechos Vitales en Sistema electrónico RUAF superior al 92%.

· Adopción de Guías de Práctica Clínica y Medición de adherencia acorde a programación de plan anual de monitoreo.

· Medición sistemática de la calidad de la Historia Clínica en aspectos clínicos y administrativos, tanto para enfermería como médica, mejoramiento en la calidad del registro.

· Consentimiento sobre el uso de la radiación ionizante y sus posibles riesgos en maternas un cambio en el orden del contenido, con el fin de brindar a la usuaria mayor claridad y seguridad una vez firmado el consentimiento.

· No retención de HC de los pacientes con el fin de ser devueltas inmediatamente o al alta.

· Diligenciamiento obligatorio de todos los consentimientos informados firmados en todos los procesos que lo requieran

· Entrega de la central de referencia de seriales de certificados de defunción en horas de la noche y fines de semana.

· Facilitar a los médicos auditores hoja de ruta en SAP con el fin de evitar que coloquen notas administrativas en la Historia Clínica.

Memorando para evitar demoras en el diligenciamiento de los certificados de defunción de forma digital al sistema RUAF, cuando se presenta contingencias

### Comité de transplantes:

Logros: Normalización y socialización de la guía de trasplantes osteotendinosos-cartilagosos. Este comité también es responsable de hacer el análisis de las complicaciones derivadas de los procedimientos de trasplante de tejidos óseos

Estructuración del programa de Biovigilancia y documentación del mismo

Fortalecimiento Programa de trasplante de tejidos (osteomuscular)

2. Programa de Donación intrahospitalario

3. Programa de rescate y trasplante de órganos (renal con donante vivo y cadavérico)

# TIPSS Acreditación



Análisis causa raíz protocolos de Londres 13 eventos adversos centinelas,  
nivel de daño muerte enero a diciembre 2021.

## Comité de estadísticas vitales:

El comité de Historias Clínicas fue modificado y adicionado a este las actividades de rectoría de Estadísticas Vitales, quedando según resolución 350G del 18 de Julio del 2014 como “Comité de Historias Clínicas y Estadísticas Vitales”.

## Logros:

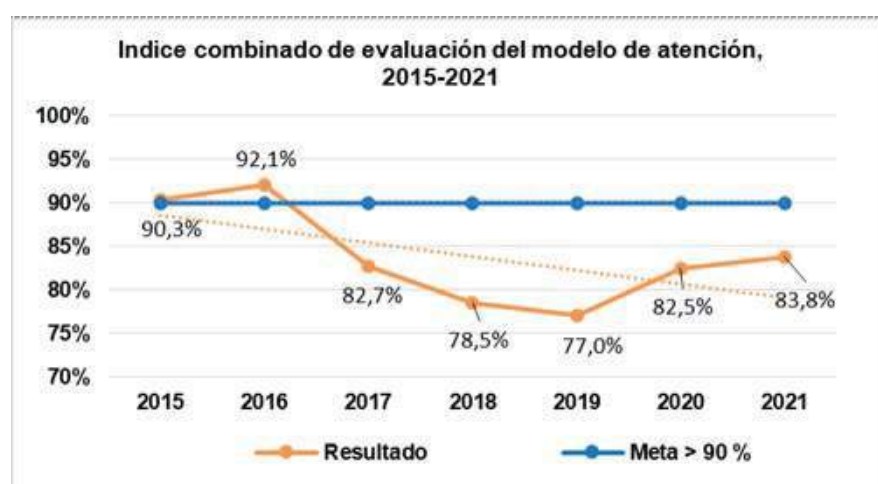
- Se registra el 100 % de hechos vitales, en los sistemas electrónicos RUAF-ND (Nacidos vivos y defunciones por muerte natural). Se adaptó el manual de estadísticas vitales del DANE.
- Se realiza capacitación y acompañamiento sistemático al equipo médico en el adecuado diligenciamiento de los hechos vitales electrónicos, igualmente se hace seguimiento del acceso de estos a la plataforma.
- Se hace diariamente auditoria a la calidad del registro del hecho vital por parte del equipo médico, haciéndose retroalimentación individual y procesos de reinducción en caso necesario, se presta apoyo las 24 horas al equipo médico entorno a las dificultades con el sistema electrónico RUAF-ND.
- Se tiene una sincronizada relación con la Secretaria de Salud de Medellín y el DANE para el soporte logístico y técnico en torno al funcionamiento del modelo nacional en línea de estadísticas vitales.

Se hace uso de las bases de datos del RUAF ND para estudios de investigación, reportes nacionales de alerta temprana, indicadores de maternidad segura, mortalidad perinatal y vigilancia epidemiológica.

## Comité técnico científico:

### Logros:

- Fortalecimiento del modelo de atención basado en el flujo del paciente analisis de los indicadores del modelo de atención.
- Se ha impactado el tiempo de traslado del paciente de urgencias a hospitalización.
- La disminución en los tiempos de egreso, liberación de camas e intervalo de sustitución, mejoraron la ocupación, el giro cama y el incremento en la facturación
- Fortalecimiento de la atención en unidad de cuidados intensivos de alta complejidad.



## Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo:

### Logros:

- Recertificación en la norma OSHAS 18001 hasta el 30.09.2021 proceso de Migración a ISO 45001
- Recertificación en la norma ISO14001:2015 hasta 2023
- Disminución de la accidentalidad 37%
- Aumento en la adherencia a los estándares de seguridad en riesgo biológico y evidenciados en las observaciones de comportamiento

- Implementación del Programa Hospital Saludable
- Disminución de eventos de violencia en el lugar de trabajo.
- Mejoramiento en la participación de grupos de apoyo y en la intervención de hallazgos identificados.
- Fortalecimiento de las actividades de la unidad de salud mental.

## Comité docencia servicio:

### Juntas médicas para análisis de casos o complicaciones:

El HGM cuenta con el instructivo MI-HO004118 denominado staff médico y/o junta médica, es una reunión conformada por médicos especialistas para discutir y concluir la conducta a seguir con los pacientes, establecer un diagnostico o definir una acción terapéutica, puede ser solicitado a la dirección de hospitalización por cualquiera de las especialidades tratantes, se citarán a las especialidades necesarias para tomar decisiones. Se debe realizar una junta médica cuando hay disparidad de criterios entre especialistas, solicitud de una aseguradora o auditoria médica, cuando hay varias opciones terapéuticas, casos con limitación de esfuerzos terapéuticos o por solicitud de área jurídica de la institución

### Describe la participación de los servicios tercerizados en el proceso de acreditación institucional:

Todo el personal tercerizado, desde su vinculación a la organización, se alinea a la filosofía de acreditación, por lo cual deben participar de los procesos de inducción, re inducción, formación y entrenamiento, en coordinación con su empleador y el supervisor del contrato para garantizar la adherencia a las políticas, procesos y estrategias de la institución.

De igual manera se fortalece la participación sistemática de los terceros en las diferentes estrategias que tiene implementado el Hospital para el mantenimiento y mejoramiento de la calidad en sus procesos de atención, entre ellas tenemos:

- Estrategia de despliegue semanal
- Estrategia de visitas de calidad
- Estrategia lúdica de evaluación de apropiación – Olimpiadas de calidad
- Participación en comités y grupos de mejoramiento
- Participación en grupos de apoyo como brigadas de emergencias

### Describe las estrategias y actividades orientadas al paciente, familia, usuario y comunidad:

En coherencia con lo establecido en el modelo de atención integral de atención, el HGM estandariza el programa de educación en salud y el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad los cuales están acorde con las necesidades particulares del paciente, sus valores culturales, creencias religiosas, preferencias de aprendizaje, capacidades cognitivas y de comunicación, algunas de las estrategias utilizadas son: el plan de egreso el cual se construye a partir de las necesidades y expectativas del paciente identificadas desde el ingreso y que incluyen las necesidades de educación, sesiones educativas individuales o grupales, sesión de diálogo de saberes, entrega informada de material educativo como planes caseros, volantes, la guía de información y atención al usuario, realización de actividades lúdicas con grupos priorizados, videos educativos transmitidos a través del canal institucional, pantalla digital, carteleras, campañas de promoción y



# TIPSS Acreditación



Análisis causa raíz protocolos de Londres 13 eventos adversos centinelas, nivel de daño muerte enero a diciembre 2021.

prevención que se realizan cada quince días y en la cual pueden participar usuarios y sus familias, visitantes y colaboradores, línea telefónica del banco de leche humana y sala de lactancia materna en las cuales se les brinda información a toda la comunidad sobre lactancia materna etc.

Se cuenta con personal de apoyo para la implementación de las estrategias educativas y de fomento del autocuidado como: voluntariado, tutores y gestores de calidad, multiplicadores de la política de seguridad del paciente, equipo higiene de manos, equipo programa tu piel mi piel, personal de vigilancia epidemiológica para el tema de aislamiento hospitalario etc.

Describe el (los) mecanismo (s) para la recolección, análisis, gestión y seguimiento a las quejas:

El Hospital tiene caracterizado el proceso sistema de información y atención al usuario – SIAU

Para la captura de información se han dispuesto 26 buzones de sugerencias ubicados en los diferentes servicios de la institución y que son recogidos todos los días, el link contacto de la página web <http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto>, la línea local 2621743, la línea gratuita nacional 018000411124, en el conmutador 3847300 extensión 1813, los correos electrónicos [contacto@hgm.gov.co](mailto:contacto@hgm.gov.co) y [atencionalusuario@hgm.gov.co](mailto:atencionalusuario@hgm.gov.co), los documentos y escritos recibidos por gestión documental clasificados como agradecimientos, felicitaciones, reclamos o sugerencias y la oficina de atención al usuario, donde se brinda atención personalizada. además se implemento un cuestionario a través de la web para captura de las PQRS.

Las reclamaciones recibidas en el período comprendido entre enero – diciembre de 2021 fueron **1,463**; de estas el **78%** hacen referencia a **vulneración de los derechos**, el **14%** a satisfacción del usuario, el **7%** a seguridad del paciente y el **1%** a infraestructura y equipamientos.



Para la Medición de la Satisfacción del usuario externo, se aplica una encuesta a los diferentes usuarios de los servicios asistenciales ofertados; para ello, se tiene estandarizado el instrumento de medición representado en el formato ES-GIC-AU003F01, el cual contiene una serie de preguntas, donde el usuario puede calificar en un rango de 1 a 5, siendo el 5 la mejor calificación y 1 la más baja y, se encuentra actualizada con base en la normatividad vigente.

## Retos y mejoras organizacionales:

- Gestión efectiva de la cartera para continuar y mejorar los niveles logrados en el último cuatrienio.
- Terminar los proyectos: Unidad de cuidados intermedios, unidad de protección microbiológica y la renovación de equipamiento biomédico y tecnológico.
- Alinearse con el MAITE Modelo de atención integral territorial.
- Gestionar la acreditación con excelencia.
- Fortalecer las Tecnologías de Información y comunicación.

Continuar fortaleciendo la oferta de servicios de alta complejidad: Ginecooncología de mama, prótesis de cadera, oncología clínica. • Continuar el posicionamiento de la Institución a nivel nacional e internacional.

## Mejoras: describa las diez (10) principales mejoras organizacionales generadas por el proceso de acreditación en salud:

1. Proceso planificador consolidado, estructurado de manera concertada con todas las partes interesadas y con un claro enfoque hacia la generación de valor.
2. Fortalecimiento de la cultura organizacional en todos los colaboradores, que a través de un liderazgo transformacional y el trabajo en equipo ha permitido el logro de los objetivos y metas estratégicas.
3. Fortalecimiento de la cultura de gestión de riesgos en los diferentes niveles de la organización.
4. Mejoramiento de la cultura de humanización en la atención, a través de la implementación de estrategias en las diferentes etapas de los procesos organizacionales, que permiten generar bienestar y mejorar la calidad de vida a nivel físico, emocional y social de los pacientes, familiares y colaboradores, en un marco de respeto y dignidad por el ser humano.
5. Sistema de gestión integral de calidad implementado y fortalecido en sus diferentes componentes, orientado al mejoramiento continuo y con un claro enfoque hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario y su familia y demás partes interesadas, que además ha permitido mejorar la imagen y confianza institucional y el reconocimiento a nivel Local, Nacional y Latinoamericano.
6. Construcción y mantenimiento de una cultura de seguridad, a través de la implementación de prácticas seguras y barreras de seguridad en las diferentes etapas del proceso de atención y el fortalecimiento de la cultura del reporte de los eventos adversos en el marco de la cultura no punitiva y justa.
7. Certificación de los sistemas de gestión ambiental lo que ha permitido que el personal adquiera una mayor cultura y conciencia de su responsabilidad con el medio ambiente.
8. Mantenimiento y mejoras de la plataforma informática que ha favorecido la conectividad entre procesos asistenciales y administrativos para garantizar atenciones seguras, oportunas, continuas y la toma de decisiones en todos los procesos organizacionales basadas en hechos y datos.
9. Mejoramiento y mantenimiento de la infraestructura física, garantizando espacios dignos, confortables, seguros, privados en el marco del programa de humanización de la atención.
10. Consolidación financiera del Hospital, a partir de la adecuada gestión de los recursos, racionalización de los costos, procesos eficientes de facturación y de gestión de la cartera.
11. Fortalecimiento de los procesos de gestión de la investigación y gestión de la relación docencia servicio, que le permitieron a la institución obtener el reconocimiento como hospital universitario.
12. Implementación, mantenimiento y mejoramiento del proceso de referenciación comparativa, el cual le ha permitido a la institución identificar y adoptar mejores prácticas y cerrar brechas de desempeño en los diferentes procesos organizacionales.