

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVO:	5
2. ALCANCE:	5
3. RESPONSABLES:	5
4. DEFINICIONES:	5
5. REQUISITOS GENERALES:	5
6. DESCRIPCIÓN:	6
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 2022-2023	6
Quiénes somos	6
Nuestros valores:	6
1. Lo primero, las personas.	6
2. Equipo.	6
3. Comprometidos.	7
4. Apasionados.	7
5. Innovadores.	7
6. Cercanos.	7
7. Profesionales.	7
Misión:	7
Visión:	7
Megas:	7
NUESTROS PILARES ESTRATÉGICOS	8
1. ATENCIÓN HUMANIZADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA.	8
2. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN.	9
3. PROCESOS EFICIENTES.	10
4. INVESTIGACIÓN E INNOVACION.	11
5. PRODUCTIVIDAD OPERACIONAL.	12
OBJETIVOS CORPORATIVOS PACTO 2022	14
IPSG-SEGURIDAD DEL PACIENTE	14
Gestión orientada a la Seguridad del Paciente	14
Aumentar la participación de los directivos en la promoción de la seguridad del paciente realizando "rondas de seguridad" de acuerdo a Protocolo Corporativo Corp. 3.6-P11 Rondas de Seguridad	14

Evaluar el uso de la lista de verificación quirúrgica en cirugía programada según procedimiento CORP3.6-P3.....	14
Mejorar la accesibilidad en consultas externas y procedimientos ambulantes	15
Adecuar la atención en urgencias a la expectativa de los pacientes.	15
PCC- ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	16
Objetivar la mejora de la experiencia del paciente través del NPS.....	16
Garantizar la plena y correcta implantación del consentimiento informado.....	17
Gestionar correctamente las quejas y reclamaciones.	17
AOP-EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES/COP- CUIDADO DE LOS PACIENTES.	17
Mejorar la evaluación de los pacientes.....	17
ASC- ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA.....	18
Mejorar la disciplina dentro del Área Quirúrgica.....	18
MMU- MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS.....	19
Mejorar el manejo y control de los medicamentos (mejorar la seguridad en manejo de medicamentos de alto riesgo: ver IPSG).	19
PCI- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN.....	19
Mejorar el manejo de la sepsis.....	19
SQE- CUALIFICACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL.	19
Orientación al hospital.....	19
QPS- MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.....	20
Fomentar la notificación de incidentes de seguridad del paciente.....	20
HD-LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO.	20
Mejorar los tiempos de respuesta.....	20
BPC-BUENAS PRACTICAS CLINICAS.....	20
Publicaciones.....	20
MA- MEDIO AMBIENTE	21
Crear cultura medioambiental en Quirónsalud.	21
RECURSOS.....	21
Contribución económica.	21
7. CONTROL DEL DOCUMENTO:.....	22
8. ANEXOS:.....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	22
CONTROL DE CAMBIOS:	23

CUADRO DE APROBACIÓN:..... 27

INTRODUCCIÓN

Fijar los diferentes lineamientos de acción que suelen orientar las decisiones y los resultados para el Centro Oncológico de Antioquia S.A.S., estructurando una plataforma estratégica que permita conocer su historia, valores, misión, visión, código de ética y de conducta del grupo Quirónsalud y el pacto de indicadores de objetivos corporativos 2022.

1. OBJETIVO:

Orientar a toda la organización frente los componentes de plataforma estratégica, el cumplimiento de cada uno de los pilares estratégicos definidos por el grupo Quirónsalud Antioquia y el cumplimiento de los objetivos corporativos pactados por parte del Centro Oncológico de Antioquia S.A.S.

2. ALCANCE:

Está compuesto por la misión, visión, 7 valores corporativos, código de ética y buen gobierno, los 5 pilares estratégicos y el grupo de indicadores que confieren a objetivos corporativos anuales.

3. RESPONSABLES:

Gerente general, directores y coordinadores.

4. DEFINICIONES:

- ⌘ **Misión:** La misión de una organización en su propósito general responde a la pregunta ¿Qué hace la organización? Una descripción de su ser y hacer.
- ⌘ **Near miss o cuasi-incidente:** Según la clasificación de eventos adversos del corporativo, se encuentra en la categoría B y significa que el incidente se produjo, pero no ha llegado al paciente.
- ⌘ **Pacto indicadores 2022:** Son los indicadores que COA establece para medir en los servicios y que confieren a los exigidos desde el Grupo Quirónsalud.
- ⌘ **Plataforma estratégica:** Es la estructura conceptual sobre la cual se rige una organización.
- ⌘ **Políticas y códigos de ética:** Fijan normas que regulan los comportamientos de las personas dentro de una empresa u organización.
- ⌘ **Tarjeta de beneficios:** Tarjeta que permite disfrutar de múltiples ventajas en nuestros servicios y en los de nuestros aliados estratégicos.
- ⌘ **Visión:** Una definición de su objetivo a largo plazo.
- ⌘ **Zafiro:** Es un modelo de atención diferencial para los pacientes de medicinas prepagadas, pólizas y particulares que acudan a cualquiera de nuestras sedes, buscamos agilizar y hacer confortable su proceso de atención y experiencia de servicio al interior de nuestra institución.

5. REQUISITOS GENERALES:

Requisitos	Recursos necesarios
Plataforma estratégica del Centro Oncológico de Antioquia ajustado a los lineamientos del Grupo Quirónsalud Antioquia.	Talento humano: Todo el personal. Comités institucionales. Otros: Objetivos corporativos 2022. Inducción al personal nuevo.

Requisitos	Recursos necesarios
	Estrategias de implementación y divulgación del documento.

6. DESCRIPCIÓN:

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 2022-2023

Quiénes somos

2008-2011

El Centro Oncológico de Antioquia S.A.S se funda el 19 de agosto de 2008 por un grupo interdisciplinario en oncología e ingeniería, comprometidos en prestar su conocimiento y calidad humana a los pacientes con enfermedades neoplásicas. La sede se encontraba ubicada en el barrio Santa María de los Ángeles del barrio Poblado de la ciudad de Medellín y su enfoque era la atención de consulta sub especializada de hematooncología y cuidados paliativos; aplicación de quimioterapia y atención domiciliaria.

2011-2018

En el año 2011, la IPS se traslada al piso 8 de la Torre Fundadores en el centro de la ciudad, ampliando la oferta de servicios a cirugía y hospitalización en asocio con Clínica Medellín del Centro.

2018- Actualidad

Para el año 2018, se construye la sede propia en el municipio de Envigado, la cual permite ofrecer una atención integral mediante los servicios de: Consulta externa, Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia de alta tasa, Cirugía, Hospitalización, Cuidados Intensivos e Intermedios, Cuidados Paliativos, Imagenología, Medicina Nuclear, Trasplante de Médula Ósea y Urgencias.

Los servicios de Laboratorio Clínico y de Patología se presta en asocio en la misma sede con terceros.

Nuestros valores:

1. Lo primero, las personas.

- ⌘ El cuidado de la salud y bienestar de las personas es nuestra razón de ser.
- ⌘ Proporcionamos seguridad y tranquilidad a cada paciente.
- ⌘ Cada persona es única, el cuidado que le ofrecemos, también lo es.

2. Equipo.

- ⌘ Integramos esfuerzos para alcanzar una meta común.
- ⌘ Juntos sumamos conocimientos y experiencias.
- ⌘ Compartimos metas y creer que "juntos, somos más".

3. Comprometidos.

- ⌘ Promovemos el valor de cada vocación profesional
- ⌘ Fomentamos el compromiso y la implicación en el trabajo diario.
- ⌘ Nuestra dedicación redunda en la calidad de nuestro servicio.

4. Apasionados.

- ⌘ Queremos ser reconocidos por nuestra cercanía y empatía con el paciente.
- ⌘ Ofrecemos un trato amable y cálido.
- ⌘ Favorecemos el respeto y la comunicación.

5. Innovadores.

- ⌘ Exploramos nuevos caminos y mejorar los existentes.
- ⌘ Tenemos mente abierta y una actitud creativa.
- ⌘ Evolucionamos, buscamos resultados diferentes.

6. Cercanos.

- ⌘ Cuidamos de la salud de las personas y del entorno que las rodea.
- ⌘ Transferimos los resultados de nuestras investigaciones al conjunto de la sociedad.
- ⌘ Tenemos un fuerte compromiso con el medio ambiente.

7. Profesionales.

- ⌘ Ofrecemos un nivel de asistencia de máxima calidad.
- ⌘ Contamos con profesionales expertos y cualificados.
- ⌘ Buscamos ser eficaces y eficientes.

Misión:

Cuidar de los pacientes oncológicos con un equipo de profesionales médico, asistencial y administrativo, comprometidos en brindar toda su capacidad técnica y científica de forma humanizada.

Visión:

Ser el centro oncológico líder en el departamento de Antioquia y referente a nivel nacional, reconocidos por pacientes, profesionales de la salud e instituciones, como entidad de confianza y garantía de calidad asistencial.

Megas:

1. Tener acreditación Joint Commission International-JCI para el mes de octubre del año 2023.
2. Crecer en ventas para el año 2023 un 31,63%, con un margen EBIDTA de un 22,16%, y un EBIT de 18,06%.
3. Cumplir con los planes de mejora priorizados de las rondas de seguridad e indicadores de objetivos corporativos.

NUESTROS PILARES ESTRATÉGICOS

1. ATENCIÓN HUMANIZADA AL PACIENTE Y LA FAMILIA.

Iniciativas estratégicas:

1.1 Implementar el programa de humanización de la atención al paciente y su familia.

Responsable: Dirección administrativa, Dirección médica, Trabajo social.

Actividades:

- Elaborar el programa de humanización de la atención al paciente y su familia.
- Definición e implementación de la estructura responsable del programa con cargos, perfiles y roles.
- Despliegue del programa a todo el personal de la organización.

Indicadores:

- NPS \geq 80.

1.2 Diseñar e implementar el programa de trato humanizado a los colaboradores.

Responsable: Dirección administrativa, Dirección médica.

Actividades:

- Acordar con gestión humana las actividades del programa.
- Despliegue del programa a todo el personal de la organización.
- Diseñar e implementar encuesta que evalúe el impacto del programa.

1.3 Implementar cambios estructurales en las instalaciones, tendientes a hacer más amigable y confortable para los colaboradores.

Responsable: Dirección de infraestructura y dotación y Coordinaciones de servicios.

Actividades:

- Evaluar con coordinaciones de servicios las necesidades de infraestructura.

1.4 Alcanzar altos niveles de oportunidad quirúrgica.

Responsable: Coordinación de cirugía.

Actividades:

- Cumplir los tiempos de oportunidad establecidos en la Resolución 256 de 2016.
- Acordar con los coordinadores estrategias para cumplir con los tiempos de oportunidad de paciente urgente y hospitalizado.
- Crear indicador para paciente electivo hospitalizado.

Indicadores:

- Proporción de cancelación de cirugía.
- Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía urgente.

2. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN.

• **Iniciativas estratégicas:**

2.1 Fortalecer el programa de seguridad del paciente.

Responsable: Dirección médico, Dirección científica, Coordinación de seguridad del paciente.

Actividades:

- Alinear las políticas según lo establece la Organización Mundial de la Salud-OMS.
- Referenciarse con otras instituciones acreditadas.
- Complementar el programa con las experiencias de las otras instituciones acreditadas.
- Actualizar las Guías de Práctica Clínica-GPC oncológica priorizadas de acuerdo a Cuenta de Alto Costo-CAC.

Indicadores:

- Adherencia a metas internacionales de seguridad del paciente $\geq 90\%$, a partir del año 2023.
- Finalizar el análisis causa-raíz de los eventos adversos con gravedad $\geq F$ en un plazo de menos de 30 días.
- Adherencia a guías de práctica clínica 90%.

2.2 Consolidar la cultura de seguridad del paciente.

Responsable: Coordinación de seguridad del paciente.

Actividades:

- Realizar y desplegar cursos de capacitación en seguridad del paciente.
- Realizar la encuesta anual de clima de cultura de seguridad del paciente.
- Diseñar e implementar acciones de mejora según resultados de la encuesta.
- Crear el indicador de Percepción global promedio de cultura de SP $\geq 70\%$.

Indicadores:

- Percepción global promedio de cultura de SP ≥ 70 %.

2.3 Promover el reporte de indicios de situaciones inseguras e incidentes (near miss).

Responsable: Coordinación de seguridad del paciente.

Actividades

- Capacitar al personal sobre los mecanismos del reporte de eventos de seguridad del paciente y sus beneficios.
- Crear indicador Incremento anual del ≥ 5 % del near miss.

Indicadores:

- Incremento anual del ≥ 5 % del near miss.

2.4 Fortalecer el programa de prevención y control de infecciones.

Responsable: Infectólogo, enfermera del programa control de infecciones, coordinación de seguridad y salud en el trabajo.

Actividades:

- Referenciar el programa con las mejores prácticas.
- Incluir en el programa las actividades no consideradas.
- Crear, implementar y desplegar el programa de optimización de antibióticos.
- Implementar la higiene de superficies.
- Socializar el protocolo de profilaxis antibiótica en todos los servicios.

Indicadores:

- Tasa de infección asociadas a la atención en salud $< 4/1000$ días estancia.

3. PROCESOS EFICIENTES.

Iniciativas estratégicas:

3.1 Continuar con el ciclo de mejoramiento PAMEC y el proceso de obtención de la acreditación Joint Commission International-JCI.

Responsable: Dirección de calidad.

Actividades:

- Implementar el ciclo de mejoramiento continuo PAMEC.

- Capacitar al personal en el programa PAMEC.
- Capacitar al personal en los estándares de Joint Commission International-JCI.
- Desplegar los documentos exigidos por Joint Commission International-JCI.

Indicadores:

- COA acreditada a octubre del año 2023.

3.2 Garantizar la oportunidad y confiabilidad en el área de compras y la cadena de abastecimiento.

Responsable: Dirección técnica, Dirección financiera.

Actividades

- Optimizar la logística de los medicamentos e insumos en toda la cadena.
- Normalizar los inventarios.
- Implementar el indicador de Confiabilidad del inventario físico $\geq 98\%$.

Indicadores:

- Confiabilidad del inventario físico $\geq 98\%$.

4. INVESTIGACIÓN E INNOVACION.

4.1 Incentivar la cultura de investigación e innovación en las Instituciones del Grupo Quirónsalud en Antioquia.

Responsable: Dirección científica, Dirección médica, Dirección administrativa.

Actividades:

- Habilitar en Buenas Prácticas Clínicas-BPC el centro de investigación.
- Promover estudios de investigación clínica e investigación Institucional.
- Capacitar en metodologías de la investigación.
- Incentivarla cultura académica a través del desarrollo de las diferentes modalidades educativas:
 - Convenios docencia servicio.
 - Pasantías observacionales.
 - Desarrollo profesional permanente (DPP) o Fellows.

Indicadores:

- Número de estudio clínicos realizados en el COA.
- Capacitar en metodología de la investigación.
- Al menos una publicación anual en revista indexada.

5. PRODUCTIVIDAD OPERACIONAL.

Iniciativas estratégicas:

5.1 Incrementar las ventas con rentabilidad.

Responsable: Gerencia general, Dirección médica, Coordinación de contratación.

Actividades:

-  Generación de 2 nuevos proyectos.
-  Incentivar el plan de fidelización médicos adscritos e instituciones aliadas.
-  Convenios especiales: concentrar venta de servicios en Grupo Quirónsalud.
-  Particulares: lograr fidelización y planes de atracción de nuevos públicos.
-  Implementar programa Medicina domiciliaria.

5.2 Crear con las otras instituciones del grupo Quirónsalud una red integrada de servicios en salud.

Responsable: Gerencia general, Dirección médica, Coordinación de contratación.

Actividades:

-  Explorar en redes integradas de servicios de salud del grupo Quirónsalud para diciembre 2023.

5.3 Planear y Ejecutar Negociaciones grupales territoriales.

Responsable: Gerencia general, Coordinación de contratación.

Actividades:

-  Unificación de vigencias.

5.4 Analizar y desarrollar el portafolio de servicios.

Responsable: Gerencia general, Coordinación de contratación.

Actividades:

-  Optimizar el portafolio de servicios.
-  Desarrollar y ampliar la capacidad instalada.

5.5. Diseñar y ejecutar planes de fidelización.

Responsable: Gerencia general, Coordinación de contratación.

Actividades:

- Unificar programas Zafiro.
- Unificar tarjeta de beneficios.

Indicadores:

- Incremento anual del 10% en programas de fidelización.
- Ventas internacionales \geq 1% de las ventas totales Oficina Internacional QS Colombia.
- Cumplir presupuesto de ventas de cada Institución.

OBJETIVOS CORPORATIVOS PACTO 2022

El COA inicia la operatividad de sus servicios con el grupo Quirónsalud Antioquia en el mes de febrero 2022.

A continuación, se relaciona el pacto de objetivos corporativos 2022.

IPSG-SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gestión orientada a la Seguridad del Paciente

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
1	QPS7	<u>Generar cultura de seguridad del paciente</u>	Coordinadora de seguridad del paciente
2	QPS7	<u>Promedio de días entre la notificación del incidente y el cierre</u>	Coordinadora de seguridad del paciente

Aumentar la participación de los directivos en la promoción de la seguridad del paciente realizando "rondas de seguridad" de acuerdo a Protocolo Corporativo Corp. 3.6-P11 Rondas de Seguridad

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
3	IPSG1 IPSG2 IPSG3 IPSG4 IPSG5 MMU6	<u>Realización de rondas de seguridad por parte del equipo directivo y mandos intermedios. Adopción posterior de medidas de mejora. (Al menos 1/semestre por área funcional, en diferente horario: hospitalización, hospital de día, bloque quirúrgico, urgencias, UCI, farmacia)</u>	Coordinadora de seguridad del paciente

Evaluar el uso de la lista de verificación quirúrgica en cirugía programada según procedimiento CORP3.6-P3

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
7	IPSG4	<u>Implantar el check list como herramienta de mejora de la SP</u>	Coordinadora de enfermería de cirugía

ACC- ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Mejorar la accesibilidad en consultas externas y procedimientos ambulatorios

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
11	PCC3	<u>Mejorar la percepción en la disponibilidad de citas</u>	Coordinadora de enfermería de consulta externa
15	ACC1	<u>% Ocupación de agendas en los próximos 30 días</u>	Coordinadora de enfermería de consulta externa
23	ACC1	<u>Adecuar la hora de atención en CCEE y pruebas a la hora de cita</u>	Coordinadora de enfermería de consulta externa
24	PCC3	<u>Mejorar la experiencia de los pacientes en el tiempo de espera</u>	Coordinadora de enfermería de consulta externa

Adecuar la atención en urgencias a la expectativa de los pacientes.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
26	ACC1	<u>Mejorar la experiencia de los pacientes en el proceso de Urgencias</u>	Coordinadora de enfermería de urgencias

PCC- ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Objetivar la mejora de la experiencia del paciente través del NPS.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
35	PCC3	<u>NPS hospitalización</u>	Coordinadora de enfermería de hospitalización
36	PCC3	<u>NPS de consultas</u>	Coordinadora de enfermería de consulta externa
37	PCC3	<u>NPS de urgencias</u>	Coordinadora de enfermería de urgencias
38	PCC3	<u>NPS de CMA</u>	Trabajadora social
40	PCC3	<u>NPS de Radiodiagnóstico</u>	Coordinadora de imágenes
41	PCC4	<u>NPS Oncología</u>	Coordinadora de imágenes
42	PCC3	<u>Gestión del paciente detractor en el aplicativo de Opinat mediante la llamada CTL (Close the Loop)</u>	Trabajadora social
46	PCC3	<u>NPS Mobiliario e instalaciones</u>	Directora de infraestructura y dotación

Garantizar la plena y correcta implantación del consentimiento informado.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
47	PCC1 PCC4	<u>Garantizar la plena implantación del consentimiento informado (CORP3.6-P10 V.0 Cumplimiento y Gestión del Consentimiento Informado)</u>	Director médico

Gestionar correctamente las quejas y reclamaciones.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
48	PCC3.1	<u>Responder en tiempo y de forma personalizada, a las quejas y reclamaciones de los pacientes utilizando estas para establecer acciones de mejora.</u> <u>(Registrar en IGR todas las reclamaciones de todas las vías de comunicación: presenciales, redes sociales, etc.)</u>	Trabajadora social

AOP-EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES/COP- CUIDADO DE LOS PACIENTES.

Mejorar la evaluación de los pacientes.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
51	AOP1.5 COP6	<u>Prevenir y reducir el dolor</u>	Coordinadora de enfermería de hospitalización

ASC- ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA.

Mejorar la disciplina dentro del Área Quirúrgica.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
57	ASC	<u>Reducir el número de "never events"</u>	Director médico
59	ASC PCI	<u>Implantar un protocolo de disciplina quirúrgica en el bloque quirúrgico y servicios de especial control que abarque, evaluando su cumplimiento de manera continua, que establezca reglas claras relativas a:</u> - <u>Circulación de personal</u> - <u>Vestimenta</u> - <u>Higiene de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o su entorno.</u> - <u>Higiene de manos quirúrgico del equipo, cirujanos y enfermera quirúrgica.</u> - <u>Uso de anillos, relojes, pulseras y uñas pintadas o postizas.</u> - <u>Uso del móvil</u> - <u>Comida dentro del ámbito quirúrgico</u> - <u>Mantenimiento de puertas y ventanas cerradas</u> - <u>Utilización y manipulación de material estéril</u> - <u>Limpieza y desinfección de quirófano</u> - <u>Ausencia de embalajes primarios (que llegan desde el exterior)</u>	Coordinadora de enfermería de cirugía
77	ASC7	<u>Medir y mejorar el manejo de la sepsis postquirúrgica</u>	Coordinadora de enfermería de cirugía

MMU- MANEJO Y USO DE MEDICAMENTOS.

Mejorar el manejo y control de los medicamentos (mejorar la seguridad en manejo de medicamentos de alto riesgo: ver IPSG).

N.º	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
60	MMU4	<u>% de pacientes con ingreso urgente y programado con conciliación de la medicación</u>	Química farmacéutica asistencial

PCI- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN.

Mejorar el manejo de la sepsis.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
76	PCI2 PCI4 PCI5	<u>Aumentar la formación en manejo de sepsis</u>	Coordinadora de enfermería de hospitalización y urgencias

SQE- CUALIFICACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PERSONAL.

Orientación al hospital.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
84	SQE3 IPSG	<u>Formar a los profesionales en Seguridad del Paciente</u>	Coordinadora de seguridad del paciente

QPS- MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

Fomentar la notificación de incidentes de seguridad del paciente.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
65	QPS7 QPS8 QPS9	<u>Finalizar el análisis causa-raíz de los eventos adversos con gravedad \geq F en un plazo de menos de 30 días</u>	Director médico

HD-LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO.

Mejorar los tiempos de respuesta.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
43	PCC3	<u>Mejorar la percepción del paciente en los tiempo de espera en la campaña de Radiodiagnóstico</u>	Coordinadora de imágenes

BPC-BUENAS PRACTICAS CLINICAS.

Publicaciones.

Nº	Estándar	Acción / Indicador	Responsable
96	BPC	<u>Nº total de publicaciones científicas indexadas realizadas por profesionales del hospital</u>	Director médico

MA- MEDIO AMBIENTE.

Crear cultura medioambiental en Quirónsalud.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
100	MA-AMBIENTAL	<u>Optimizar el consumo eléctrico del hospital</u>	Directora de infraestructura y dotación
101	MA-AMBIENTAL	<u>Optimizar el consumo de agua del hospital</u>	Directora de infraestructura y dotación
102	MA-AMBIENTAL	<u>Reducir el consumo de papel</u>	Directora de infraestructura y dotación

RECURSOS.

Contribución económica.

Nº	Estándar JCI	Acción / Indicador	Responsable
111	RECURSOS	<u>Contribución económica al funcionamiento de la Fundación Quirónsalud</u>	Gerente General

7. CONTROL DEL DOCUMENTO:

Actividad que se controla	Como se controla	Quien lo controla	Frecuencia	Responsable
Actualización de la plataforma estratégica	Comité de mejoramiento de la calidad PA-F7-GCA PLAN DE MEJORA	Directora de calidad.	Anual	Gerente general.

8. ANEXOS:

Formato:

PA-F7-GCA PLAN DE MEJORA.

ANEXO 1 CÓDIGO DE CONDUCTA Y ÉTICO DEL GRUPO QUIRÓNSALUD:

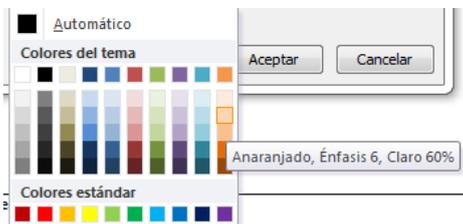
<https://www.quironsalud.es/idcsalud-client/cm/images?idMmedia=2057708>

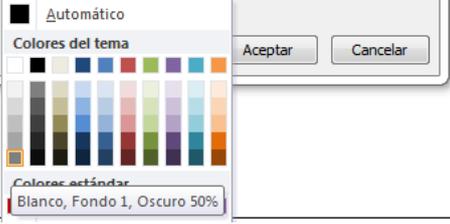
9. BIBLIOGRAFÍA

 <https://www.quironsalud.es/>

 <https://prezi.com/ckxaakyxer5b/plataforma-estrategica-de-una-organizacion/>

CONTROL DE CAMBIOS:

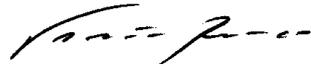
Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
00	01/07/2011	Creación del Documento	No aplica.
01	17/08/2011	Ajuste del documento	Se levanta acción correctiva, pasa de ser formato a documento general.
02	02/02/2016	Ajuste del documento	Reestructuración de plataforma estratégica con base en planteamiento QUALICO y nueva etapa de clínica.
03	27/06/2017	Ajuste del documento	<p>Se ajusta con base en plantilla institucional “documento general” socializado el 19/04/2017 el cual contiene el cambio de marca de logo COA S.A. y marca de agua donde se describe “Copia controlada COA S.A.” pasa de color anaranjado-Énfasis 6-Claro 60% a color Blanco-Fondo 1-Oscuro 50%,, dicho cambio de marca fue realizado por la entidad contratada MANTRA.</p> <p>LOGO ANTERIOR</p>  <p>LOGO ACTUAL</p>  <p>COLOR MARCA DE AGUA ANTERIOR</p>  <p>COLOR MARCA DE AGUA ACTUAL</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			 <p>Se elimina la POLITICA DE CALIDAD.</p> <p>Ofrecer a nuestros usuarios atención oncológica con altos estándares de calidad, brindada por un equipo de especialistas y profesionales en diferentes áreas, comprometidos en garantizar a los usuarios confianza, calidad y aseguramiento durante su permanencia y egreso de la Institución. Además velar por el adecuado manejo de los recursos y adhesión a programas de salud ocupacional integrada.</p> <p>OBJETIVOS DE CALIDAD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer servicios oncológicos con criterios de oportunidad, eficacia y seguridad. • Gestionar eficazmente la tecnología y el conocimiento. • Promover el fortalecimiento de una gestión administrativa eficiente. <p>Se integra la política de calidad con seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Pasa de ser un documento general de Gestión calidad DG2-GCA a Gestión Gerencia se crea nuevo código, conservando las versiones y control de cambios del documento anterior. Se integran las políticas y objetivos estratégicos realizadas con la entidad Qualico y ajustadas por Gerente General. Se integra la historia del COA el cual estaba</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			en proceso de gestión calidad el cual estaba con código DG1-GCA.
04	02/10/2019	Ajuste del documento	<p>Se actualiza por parte de Gerente General:</p> <p>Punto 1 OBJETIVO. Se ajusta descripción del objetivo iniciando con el verbo “Orientar” y se elimina “Definir”.</p> <p>Punto 2 ALCANCE. Se elimina “Inicia desde el análisis del contexto estratégico, la formulación y/o actualización del plan estratégico, a partir de los programas, proyectos, y/o alineamientos del plan de desarrollo vigente, incluye la formulación de planes institucionales, su gestión, consolidación y seguimiento y evaluación para las acciones de mejora”</p> <p>Punto 6 DOCUMENTO GENERAL. Se ajusta historia del COA desagregada por años.</p> <p>Se ajusta MISION: Se eliminan las siguientes descripciones “Somos una institución de carácter privado...” y “...a los usuarios servicios médicos asistenciales de oncología y cuidados paliativos, con excelente calidad humana”.</p> <p>Se ajusta VISIÓN: Se elimina año 2017 y se eliminan las siguientes descripciones “...la primera Institución prestadora de servicios oncológicos de la ciudad...”, “...integralidad, calidad, oportunidad; igualmente por el sentido de pertenencia, trabajo interdisciplinario de los funcionarios que lo conforman, buscando fortalecer cada uno de los procesos; lo que conllevará a la Institución a alcanzar los más altos estándares de calidad y atención.”.</p> <p>Se eliminan los siguientes VALORES: Actitud de servicio, aprendizaje continuo, respeto y se ajusta la descripción de Responsabilidad y Solidaridad.</p>

Versión	Fecha (Día/mes/año)	Descripción	Puntos de cambio
			<p>Se eliminan los siguientes OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:</p> <p>Generar una rentabilidad del 15% Anual. Lograr en un 90% la prestación del servicio. Fortalecer las competencias de talento humano en un 70%</p> <p>Se ajusta las siguientes POLÍTICAS:</p> <p>POLITICA DE -SEGURIDAD DEL PACIENTE. POLITICA DE HUMANIZACION DEL SERVICIO. POLITICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL.</p>
05	03/12/2020	Ajuste del documento.	<p>Se ajusta por parte de Gerente General en conjunto con Dirección administrativa y Dirección de calidad visión e historia COA.</p> <p>Visión: Se ajusta año 2020 por 2021. Historia: Se elimina Clínica Medellín. Se elimina Resolución 2003 de 2014. Se integra Resolución 3100 de 2019.</p>
6	06/09/2022	Ajuste del documento.	<p>Se integra con base la información institucional del Grupo Quirónsalud, la plataforma estratégica modelo del Grupo Quirónsalud Antioquia y el pacto de indicadores de objetivos corporativos 2022.</p> <p>Se articula en nueva plantilla institucional con base el manual de identidad COA-Quirónsalud.</p> <p>Se elimina código institucional DG5-GG.</p>

CUADRO DE APROBACIÓN:

	ELABORÓ O REDACTÓ	REVISÓ	APROBÓ
FECHA (Día/mes/año)	06/09/2022	12/09/2022	12/09/2022
CARGO	Directora calidad de	Directora administrativa Directora de infraestructura y dotación Directora técnica Directora contable Director médico Coordinadora de cirugía Enfermera del programa de prevención y control de infecciones Directora de calidad	Gerente general
NOMBRE	Liliana María Mesa Flórez	Yessenia Gómez Torres Alejandra María Isaza López Luz Stella Arroyave Cañas Jorge Iván Gil Otálvaro Yakeline Andrea Ramírez Osorio Melina Andrea Builes Salcedo Liliana María Mesa Flórez	Vadin Ángel Ramírez Agudelo
FIRMA		     	

			
--	--	---	--