



INFORME DE GESTIÓN 2023



CARTA DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

En el 2023, afianzamos y apalancamos importantes programas y proyectos que permitieron responder a las necesidades de las comunidades desprotegidas en el Litoral Pacifico Colombiano. El presente documento menciona algunos aspectos generales, que reflejan la gestión realizada en materia administrativa, de calidad, operativa y asistencial. En todas se avanzó en la actualización, estandarización y construcción de la documentación por procesos y protocolos que llevarán al cumplimiento de los estándares de calidad exigidos por la normatividad vigente para prestadores de servicios de salud.

Continuamos registrados como ESAL (Entidad Sin Ánimo de Lucro), ratificando nuestro carácter de ONG. Ante la DIAN. En el cumplimiento con el sistema obligatorio de gestión de calidad en salud, continuamos como IPS habilitada para la prestación del servicio, seguimos avanzando con el proceso de clasificación global del EMT-BHSR Colombia, ante la OPS/OMS, para certificarnos como el primer EMT en Colombia.

Consideramos la academia de vital importancia para el desarrollo de los proyectos de la Fundación, por lo que se continúa con importantes convenios docente asistencial con la Universidad del Cauca, con quien cumplimos 16 años de acuerdos, se renueva convenio con Universidad ICESI, y se realiza convenio con la Universidad Libre.

Finalmente, fue de gran relevancia la ejecución de 3 proyectos de cooperación internacional, financiados por la Unión Europea ECHO, UNFPA (Fondo de población de Naciones Unidas) y Americare. En el siguiente informe se realiza una descripción cuantitativa y cualitativa de los proyectos ejecutados.



Con el talento de todo el equipo humano que conforma la Fundación Italo colombiana del Monte Tabor, seguiremos trabajando en 2024 para brindar un servicio humanizado y de mejora continua, por medio de nuevos proyectos y programas que nos permitan prestación de servicios de salud a favor de la población colombiana con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Cordialmente,

ANA LUCIA LOPEZ SALAZAR

Directora Ejecutiva



TABLA DE CONTENIDO

BENEFACTORES ESPECIALES	5
1. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	6
1.1 Desarrollo de actividades Proyecto Salud Pacifico financiado ECHO MMD.....	7
1.2 Desarrollo de las misiones humanitarias: Proyecto “CERF-UNFPA”	8
2. GESTIÓN FINANCIERA	11
3. SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD	12
3.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	12
3.2 GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL	18
3.3 GESTIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL	19



BENEFACTORES ESPECIALES

La FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR, agradece de manera especial y en nombre de las comunidades apartadas y desprotegidas del Pacífico colombiano, el valioso aporte que recibió durante el año 2023 a través de los proyectos de cooperación internacional de la UE-ECHO Colombia. De la misma manera a UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas) por el proyecto enfocado en Salud Sexual y Reproductiva, atención a mujeres gestantes, anticoncepción y educación sexual y reproductiva en el Departamento del Chocó. A la Organización AMERICARE por el apoyo para dotación de un puesto de salud en Veneral zona rural del Municipio de Buenaventura Valle, y contribuir a mejorar el acceso a servicios de salud de las poblaciones afectadas por emergencias y situaciones de violencia, así como a MEDICOS DEL MUNDO, por permitir desarrollar la asistencia sanitaria humanitaria a la población vulnerable afectada por el conflicto armado a las comunidades rurales afectadas.

A la Embajada de Japón por la importante donación en equipos médicos y técnicos para el Barco Hospital.

A Tecnoquímicas por su valiosa donación durante todo el año en medicamentos para las misiones médicas.

A Fundación Alianzz por la donación de una lancha para transporte de pacientes al Barco Hospital.

Finalmente, agradecemos a la Universidad del Cauca y Universidad ICESI por el aporte bajo convenios docente asistenciales realizando acciones Institucionales de manera armónica para cumplir nuestra función social, a través de la atención de la comunidad y la formación del talento humano en salud.



1. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La FUNDACION ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR, en ejercicio para cumplir su misión y brindar servicios de salud a la población desprotegida y ubicada en lugares apartados, realiza brigadas o Jornadas de Salud a través de la modalidad intramural y extramural, es decir, misiones realizadas con atención en centros médicos, puestos de salud e IPS rurales habilitadas, con integralidad, oportunidad, accesibilidad, seguridad y excelencia, bajo el precepto ético de humanismo, disponiendo recursos y mecanismos encaminados a preservar la integridad, la salud y la vida de nuestros usuarios, desarrollando estrategias de prevención de enfermedades y recuperación de la salud de manera oportuna e integral.

A continuación, presentamos el resumen de las actividades asistenciales realizadas durante el año 2023:



1.1 Proyecto financiado por EU-ECHO y MDM para atención primaria en salud en los municipios de Charco, Tola, Iscuandé en Nariño, Litoral san Juan chocó y Buenaventura Valle.

Tabla 1. Actividades APS proyecto Salud Pacifico ECHO-MDM 2023

Actividades de Atención Primaria en Salud	Diciembre
Consulta Médica General	5.036
Consulta Ginecología	266
Toma de ecografía obstétrica	546
Consulta pediátrica	685
Laboratorios clínicos	1.811
Procedimientos en enfermería	4.163
Planificación Familiar	910
Número de consultas de Salud Mental	882
Número de víctimas de violencia de género que reciben asistencia médica y psicológica	23
Número de pacientes derivados mediante el mecanismo del programa	1.775
Número de beneficiarios alcanzados por las actividades de sensibilización en materia de salud pública llevadas a cabo en coordinación con las autoridades sanitarias locales (agua, saneamiento e higiene, prevención de enfermedades infecciosas como la malaria y la tuberculosis, prevención de ITS, educación sexual, vacunación, control nutricional del crecimiento y el desarrollo).	2.884
Número de personas que participan en sesiones de sensibilización sobre prevención de la violencia de género, vías de atención y primeros auxilios psicológicos.	139
Número de agentes de salud comunitarios formados por el FCIMT como promotores de salud	21
Número de establecimientos de salud dotados	1
Total Actividades realizadas en 2023	19.142

Fuente: Elaboración propia.

Se realizaron 19.142 atenciones de junio a diciembre 2023, en el marco del proyecto “Salud Pacífico, financiado por ECHO a través del socio Médicos del Mundo. Se logra visitar los Municipios de Charco, La Tola, Iscuandé y Buenaventura.



Se realiza la dotación de un puesto de Salud en contrapartida con la Organización AMERICARE en la vereda de Veneral Yurumangui zona rural de buenaventura, generando un gran impacto para las comunidades que no cuentan con acceso a los servicios de salud.

Se realiza capacitación a 20 agentes comunitarios en salud, a través del proyecto y con el aval académico de la Universidad del Cauca, se culmina exitosamente el Diplomado de agentes en los municipios de intervención. Este indicador ha marcado un punto importante en el fortalecimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica de estos Municipios, formando talento humano de zonas rurales dispersas como primeros respondientes en primeros auxilios.

1.2 Desarrollo de las misiones financiadas por el CERF-UNFPA Fondo de Población de Naciones Unidas.

El proyecto desarrollado Barco Hospital San Raffaele UNFPA CERF”, tuvo como propósito “Mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y violencia de género (VBG) que salvan vidas para mujeres y niñas, desplazados internos y comunidades de acogida en situaciones vulnerables en áreas seleccionadas en los Municipios de Charco, Olaya Herrera, Buenaventura Valle y Litoral del San Juan chocó.

La **Fundación ItaloColombiana del Monte Tabor/Barco Hospital San Raffaele**, en calidad de socio implementador del proyecto **UNFPA – CERF 2023 -2024**, Dentro de los territorios priorizados en el proyecto CERF se encuentran: Albergues localizados en el distrito de Buenaventura como R9, Cristal y Matía Mulumba, también en el corregimiento de Bajo Calima, las veredas de El Crucero (KM 9), Villa Estella y Colonia. Además, del Litoral del San Juan se incluyeron los resguardos de Copomá, Santa María de Pángala, Unión Waimia, Pueblo Nuevo, Estrella Pángala y Jerusalén. Por su parte, en Nariño se priorizaron los municipios de El Charco, La Tola y Olaya Herrera, y las veredas de San Francisco, Guabillo.



Desde los meses de Septiembre a Diciembre 2023, se desarrollaron diferentes actividades por parte del socio implementador BHSR, dando cumplimiento a la atención integral a mujeres y adolescentes sobrevivientes y en riesgo de violencias basadas en género (VBG). Estas acciones permitieron a las mujeres generar estrategias de afrontamiento, acciones de empoderamiento y favorecer la apropiación de su individualidad, reconociendo la importancia del rol que ocupan en su comunidad, y visualizando posibles acciones que pueden adelantar, en el marco de las rutas de atención a VBG.

Dentro de las acciones desarrolladas, se encuentran actividades psicosociales grupales y comunitarias, espacios de entrega de información que salvan vidas en VBG, gestiones de caso, capacitaciones a lideresas de la comunidad, entre otras acciones. Por otra parte, se avanzó en el fortalecimiento de saberes en Derechos Sexuales y Reproductivos mediante acciones como la entrega de Información, Educación y Comunicación (IEC) e información que salva vidas en SSR, el suministro de métodos para la anticoncepción a mujeres con baja cobertura en salud.

Otra línea de acción del proyecto es el fortalecimiento de la capacidad instalada en el territorio, como el fortalecimiento de instituciones de salud o la capacitación de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) presentes en las comunidades intervenidas. En el marco de esta línea, se realizó de evaluación, logística y capacitación, que permitirán la entrega de Kits Profilaxis Post Exposición (PEP kits) a instituciones de salud presentes en las zonas priorizadas, garantizando un adecuado uso por parte de los actores de salud, ante posibles hechos de violencias sexuales.

El proyecto implementó dos espacios seguros fijos para atención de mujeres en SSR y VBG, en el municipio del Charco Nariño y buenaventura Valle. A continuación, en la Tabla 2 se describen las actividades realizadas en le marco del Proyecto UNFPA CERF.



Tabla 2. Descripción de las actividades de SSR y VBG proyecto UNFPA

DESCRIPCIÓN	Ejecutado
Establecer tres sistemas de gestión de casos de VG de acuerdo con las Directrices Interagenciales (Nariño, Chocó y Buenaventura)	3
Proporcionar gestión de casos de violencia de género inclusiva y centrada en las sobrevivientes a 480 mujeres y niñas a través de tres equipos de protección (presenciales y a distancia)	59
Prestar apoyo vital a personas con necesidades psicosociales específicas, sobrevivientes de violencia, particularmente violencia de género, explotación y abusos (Apoyo psicosocial)	228
Capacitación en 10 instituciones de salud y formación a funcionarios de salud sobre la gestión clínica de las violaciones y la detección y el tratamiento de la violencia de género en los servicios de salud Olaya, Charco y Btura	50
Evaluación de necesidades de instalaciones en 13 establecimientos de salud para garantizar una atención clínica segura, confidencial y de calidad a las sobrevivientes de violencia de género.	10
Establecer espacios seguros para mujeres y niñas donde se promueva la protección y el empoderamiento de las mujeres y niñas, adaptados al enfoque étnico. Los espacios seguros serán establecidos en dos áreas clave (Buenaventura)	2
Proveer actividades psicosociales y pedagógicas grupales a mujeres, enfocadas al empoderamiento de mujeres y adolescentes sobrevivientes y en riesgos de VBG, estrategias de prevención, protección, mitigación de riesgos y mecanismos de afrontamiento (Información que Salva Vidas en VBG).	228
Distribución de 125 kits de dignidad adaptados para mujeres en edad reproductiva y adolescentes, priorizando a las mujeres con afectaciones agudas (desplazamientos, confinamientos, variaciones climáticas) y sobrevivientes de violencia de género.	3
Prestación de servicios de anticoncepción a 1300 mujeres a través de los centros de atención primaria soportados, los prestadores comunitarios y los equipos móviles. Teniendo en cuenta la inseguridad y la movilidad limitada de algunas de estas zonas dificultan el acceso a los centros que ofrecen estos servicios en las cabeceras, se dispondrá de un equipo móvil que prestará servicios de educación, información, asesoría y colocación o entrena de los métodos en las zonas rurales.	174
Proporcionar información a 1.000 personas, incluidos materiales de información, educación y comunicación (IEC).	324
Total Atenciones	1081

Fuente: Elaboración propia



2. GESTIÓN FINANCIERA

En lo referente al área administrativa y legal de la Fundación, se da cumplimiento con los procesos administrativos, presentación oportuna de los informes correspondientes a las entidades de vigilancia y control.

A continuación, se relacionan los contratos suscritos en el año 2023 y su ejecución,

Tabla 3 Relación de contratos realizados durante el año 2023

Fecha	No. Contrato	Entidad	Valor contratado	Destinación	Ejecución
Noviembre 8 del 2016	N.R	Sociedad puerto industrial Aguadulce	\$929.791.191	Atención médica y urgencias.	Enero a diciembre 2023
Abril 2023	Acuerdo	Americare	\$138.690.571	Dotación y adecuación puesto de salud Veneral Yurumanguí Buenaventura Valle	Abril a Julio 2023
Octubre 2023	Contrato	Embajada de Japón	301.277.889	Dotación equipos médicos y técnicos para el Barco Hospital San Raffaele	Octubre a Diciembre 2023
Junio 2023	Carta Acuerdo	MDM	\$4.000.000.000	Proyecto financiado por ECHO MDM Atención Prima en Salud. Salud Pacifico.	Junio 2023 a Abril 2024
Julio 2023	Carta Acuerdo	UNFPA CERF	\$956.950.920	Proyecto CERF	Octubre 2023 a Febrero 2024

3. SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD

3.1 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

La FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR es una institución prestadora de servicios de salud con profesionales idóneos que trabajan con responsabilidad, garantizando una atención oportuna, eficaz y pertinente para satisfacer las necesidades de salud de la población, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

En cumplimiento y responsabilidad de la política de calidad interna, se compromete a brindar, generar y mantener un entorno seguro y de calidad en la prestación de servicios de salud a través de la implementación del programa de seguridad del paciente para pacientes, familiares y funcionarios, mediante la identificación, prevención y minimización de riesgos por medio de una cultura de seguridad basada en la confianza y confidencialidad, promoviendo el reporte, análisis, gestión de incidentes y eventos adversos para la mejora continua.

El Decreto 780 de 2016 define Auditoría para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios, en cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019, en el año 2022 se ejecuta y hace seguimiento a su PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO PAMEC 2023.



Tabla No.4 Actividades PAMEC 2023

Ítem	Actividad
1	Definición del equipo líder de trabajo PAMEC y sus funciones.
2	Definición del eje temático a trabajar en el PAMEC.
3	Definición del Manual PAMEC que contiene la descripción Institucional, metodología y paso a paso de la ruta crítica.
4	Definición de los instrumentos, documentos, registros y formatos necesarios a trabajar en el Pamec de conformidad con su ruta crítica.
5	Conformación del equipo para realizar la autoevaluación.
6	Diligenciamiento de autoevaluación

Fuente: Base de datos FICMT

El PAMEC se estructura conforme a la normatividad vigente, Decreto 1011 de 2006 (artículo 32 al 37), la resolución 3100 de 2019, conforme el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el Sector Salud y el eje de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, así como la circular externa 012 de 2016. De conformidad se formula “PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) de la FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR” correspondiente al año 2023.

Los estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1, (que incluye las actualizaciones o modificaciones a la versión 003 publicada en año 2011). Y específicamente en los estándares del proceso de atención al cliente asistencial, 75 estándares que trabajaremos por fases o grupos, en un periodo de 5 años, tomando inicialmente (para el primer paso de ruta crítica: autoevaluación), la totalidad de ellos y planteamos allí mismo cuales se van trabajando año a año, en el periodo propuesto.



Tabla No.6 Estándares de acreditación auditados PAMEC 2022	
CODIGO DEL ESTANDAR	DESCRIPCIÓN DEL ESTÁNDAR
Estándar 23. Código: (AsPL1)	Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.
Estándar 24. Código: (AsPL2)	Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye.
Estándar 25. Código: (AsPL3)	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.
Estándar 26. Código: (AsPL4)	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.
Estándar 27. Código: (AsPL5)	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.
Estándar 28. Código: (AsPL6)	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.
Estándar 29. Código: (AsPL7) C36:N36	La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.
Estándar 30. Código: (AsPL8)	La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria.
Estándar 31. Código: (AsPL9)	La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

Estándar 32. Código: (AsPL10)	<p>La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>
Estándar 33. Código: (AsPL11)	<p>En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.</p>
Estándar 34. Código: (AsPL12)	<p>La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.</p>
Estándar 35. Código: (AsPL13)	<p>La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p>
Estándar 36. Código: (AsPL14)	<p>El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.</p>
Estándar 37. Código: (AsPL15)	<p>La organización garantiza que, en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos.</p>
Estándar 38. Código: (AsPL16)	<p>La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.</p>
Estándar 39. Código: (AsPL17)	<p>El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.</p>
Estándar 40. Código: (AsPL18)	<p>La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos.</p>

Fuente: Base de datos FICMT



La primera sección de estándares está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico del paciente en el servicio ambulatorio, está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia.

Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares: Grupo de estándares de direccionamiento; de gerencia; de gerencia del talento humano; de gerencia del ambiente físico; de gestión de tecnología y de gerencia de la información.

La tercera sección reúne el Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad, está constituida por los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo”, por esto, se plantea el alcance y propósito teniendo en cuenta las limitaciones de sostenimiento, desarrollo y dinamización del Sistema único de Habilitación, sus comités e indicadores.

En cumplimiento con la ejecución del Plan de auditoría con enfoque de acreditación, los estándares consolidados en el manual de acreditación aplican a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. por esta razón,



para la “FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR” aplica los siguientes servicios ambulatorios:

Tabla No.5 Servicios habilitados - PAMEC 2023

Servicio	
203-CIRUGÍA GENERAL	342-PEDIATRÍA
204-CIRUGÍA GINECOLÓGICA	344-PSICOLOGÍA
215-CIRUGÍA UROLÓGICA	355-UROLOGÍA
301-ANESTESIA	364-CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS - NO ONCOLÓGICO
304-CIRUGÍA GENERAL	601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
308-DERMATOLOGÍA	706-LABORATORIO CLÍNICO
312-ENFERMERÍA	712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
320-GINECOBSTETRICIA	714-SERVICIO FARMACÉUTICO
328-MEDICINA GENERAL	719-ULTRASONIDO
329-MEDICINA INTERNA	950-PROCESO ESTERILIZACIÓN
333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	337-OPTOMETRÍA
334-ODONTOLOGÍA GENERAL	

Fuente: Base de datos FICMT

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se formulan planes de mejora para cada grupo de estándares, la IPS tiene planes de mejoramiento separados y de acuerdo a los que aplique en cada servicio.

El alcance se limita desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del programa de auditoría, permitiendo el fortalecimiento de los procesos institucionales a partir de identificación de fallas en los procesos de atención, que se convierten en oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada teniendo como base los estándares de Acreditación del **proceso**



de atención al cliente asistencial, hasta promover la construcción de planes de mejoramiento que permita implementarlos para lograr la modificación y estandarización de los procesos.

En la ejecución de las actividades propuestas en la priorización de cada proceso, se logra trabajar en el cumplimiento del objetivo de calidad, logrando el máximo nivel de atención y satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios; con alto nivel de rentabilidad y control del riesgo potencial a que estamos expuestos en el ejercicio de nuestra función social.

3.2 GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL

La Fundación cuenta con un completo manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalario (PGIRH), permitiendo minimizar y aprovechar los residuos producidos, todo en marco de los lineamientos de la política nacional de manejo integral de residuos.

En la producción de residuos biológicos, el Barco Hospital San Raffaele, dentro del marco sanitario y ambiental para el manejo integral de los residuos generados durante la prestación de los servicios de salud, garantiza la ejecución de todos los procedimientos y protocolos de riesgo biológico y bioseguridad, contribuyendo a disminuir el impacto ambiental por mal manejo de dichos residuos.

La buena gestión y tratamiento de los residuos es clave para el manejo ambiental dentro de la Institución de Salud, por esto, se cuenta con una ruta hospitalaria para la disposición final de los residuos hospitalarios, donde se garantiza el tratamiento adecuado de los desechos, esta contratación del servicio se realiza con una empresa que tiene autorizaciones y licencias ambientales correspondiente a las características determinadas por el Ministerio del Medio Ambiente.



En el proceso de capacitación al talento humano, reforzamos y socializamos estrategias de mejoras ambientales mediante el manual PGIRH institucional, estos procesos educativos se realizan al personal que asiste a las jornadas y misiones en salud, con el fin de garantizar el correcto manejo de los residuos y evitar acción con daño en el marco de las misiones humanitarias.

3.3 GESTIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL

Durante el año 2023, se realiza la actualización del portafolio y la declaración de la autoevaluación de servicios de salud como lo define la resolución 3100 de 2019. Asimismo, se revisan y actualizan la información documental correspondiente a: manuales, protocolos, procedimientos y guías de manejo, estas acciones de mejora se realizan con un grupo multidisciplinario que permita tener un enfoque integral en cada proceso de atención en salud.

En cumplimiento con los indicadores de control y vigilancia del ministerio de salud y las secretarías departamentales de salud, se realizan los reportes correspondientes a las actividades de identificación y divulgación de los incidentes y eventos adversos en farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia. De igual manera, se realiza el reporte de la aclaración de cartera, como lo reglamenta la Supersalud en la Circular 030 del 2013 y los reportes del sistema de información para la calidad permitiendo evaluar el desempeño y los resultados como IPS para garantizar la satisfacción de los pacientes.

Fomentando la prevención y control de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana que se atienden durante la ejecución de las actividades de atención en salud, se realizan los reportes al SIVIGILA como responsable del proceso de observación y análisis de los eventos en salud.



De igual manera, se realiza la autoevaluación del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, para identificar prioridades y necesidad, en cumplimiento de la misma la “FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR” define rutas de acción para fortalecer los controles de riesgo.

Así mismo, se ejecuta las actividades para el cumplimiento de los estándares mínimos del SSG-ST como se indica en el Decreto 1072 de 2015, Resolución 1111 de 2017, Resolución 0312 de 2019, con el objeto de gestionar y controlar los peligros continuamente en el marco de un sistema de gestión que abarque todos los aspectos de la organización y demuestre cómo orientar sus actividades hacia el logro de los objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo, SST.

Como estrategia interactiva para la implementación de cambios y mejoras en la prevención de lesiones y enfermedades laborales, a protección y promoción de la salud de los trabajadores, la “FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR” a través de la implementación de un método lógico y por etapas cuyos principios se basan en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), permitiendo implementar mejoras continuas de los procesos de manera integral.

El desarrollo articulado de estos elementos permitirá cumplir con los propósitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, SG-SST, el cual se caracteriza por su adaptabilidad al tamaño y características de la empresa para centrarse en la identificación y control de los peligros y riesgos asociados con su actividad, la FUNDACIÓN ITALOCOLOMBIANA DEL MONTE TABOR presenta un cumplimiento del 97% de los estándares mínimos para la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

