

## **Visita de verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación**

**E.S.E Empresa Social del Estado Hospital la María**

### **Nombres Integrantes del Trabajo de Grados:**

Acosta de Gatti Mariangel Isabel

Asprilla Cabrera Aydee

Lema Ramon Antonio

Pérez Avila Juliana Piedad

Preston Velásquez Stephany Andrea

### **Asesor Trabajo de Grados:**

**Héctor Manuel Quirós Arango**

Coordinador de la Especialización

Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

**GECAS**

Universidad Cooperativa de Colombia – Sede Medellín

Monografía para obtener el título de Especialista en

Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

**GECAS Cohorte 58**

Medellín Antioquía

**2020**



## TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	JUSTIFICACIÓN .....	2
3.	ANTECEDENTES .....	3
4.	OBJETIVOS .....	5
4.1	OBJETIVO GENERAL .....	5
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
5.	LOS PRODUCTOS .....	6
6.	ALCANCE .....	28
6.1	TALENTO HUMANO .....	28
6.2	INFRAESTRUCTURA .....	28
6.3	DOTACIÓN .....	28
6.4	MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS.....	28
6.5	PROCESOS PRIORITARIOS .....	28
6.6	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS .....	28
6.7	INTERDEPENDENCIA.....	28
7.	ACTIVIDADES Y METODOLOGÍAS .....	29
7.1	ACTA DE REUNION 1.....	29
7.1.1	Tema: Reunión de apertura .....	29
7.2	ACTA DE REUNION 2.....	31
7.2.1	Tema: Reunión de cierre .....	31
7.3	PLAN DE AUDITORIA EN SITIO .....	33
8.	DIAGNÓSTICO.....	36
8.1	CONDICIONES TÉCNICO CIENTIFICAS .....	37
8.2	ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO.....	37
8.3	ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA .....	38
8.4	ESTÁNDAR DOTACIÓN.....	39
8.5	ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS: .....	40
8.6	ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS.....	40
8.7	ESTÁNDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS.....	42
8.8	ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA: .....	42
9.	LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	44

10.	CONCLUSIONES .....	46
11.	RECOMENDACIONES .....	47
11.1	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR TALENTO HUMANO.....	47
11.2	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA.....	47
11.3	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA E HISTORIA CLINICA Y REGISTROS.....	48
11.4	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR DOTACIÓN- MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS .....	53
11.5	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS.....	55
11.6	RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INTERDEPENDENCIA .....	55
12.	BIBLIOGRAFIA.....	56

**Palabras Claves: Auditoria, Estándares, Habilitación**

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El presente trabajo fue realizado por estudiantes de la especialización gerencia de la calidad en auditoria en salud y que adicionalmente realizaron el diplomado de verificadores de las condiciones de calidad fue realizado en la ESE Hospital de la María del municipio de Medellín, en el servicio de urgencias, en el cual se verificaron los estándares. Para si realización se aplicaron los instrumentos diseñados por la Seccional de Salud de Antioquia, acogiendo la normatividad vigente y que amerito una distribución de trabajo entre el equipo de verificadores.

Este trabajo se realizó bajo la modalidad de asesoría, luego de recoger la información de la institución y analizarla y presentar el informe.

El trabajo constituye un insumo para la institución prestadora que propicio el mejoramiento de las condiciones para la prestación de los servicios de salud.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El propósito del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad. Este sistema propende por proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio. Tal precisión, explica por qué en el sector se utilizan métodos específicos y porqué el Sistema de Calidad en el sector salud está más orientado hacia los resultados de la atención, que, hacia la conformidad con unas especificaciones en el proceso, las cuales desde la perspectiva de este constituyen prerequisites para la calidad, pero no son su finalidad.

1. Lo que primeramente justifica un trabajo para el mejoramiento de los servicios de salud, es el componente ético en el logro de los objetivos de la atención.

2. es justificación normativa, dado que el sistema de calidad exige el cumplimiento de las normas, siendo lo fundamental para los prestadores de servicios de salud, el cumplimiento del sistema único de habilitación, que es y le permite el ofrecimiento de servicios dado el cumplimiento de las condiciones de calidad, así las cosas, en Colombia para que un prestador ofrezca sus servicios, principalmente debe estar habilitado, bajo normas vigentes del sistema.

Otro elemento que justifica un trabajo con calidad es que es más económico en el sentido de que la institución se evita el pago de demandas por la mala calidad, pero además algo que no está cuantificado sería el prestigio y el reconocimiento de la institución cuando hace las cosas bien, por tanto, el imperativo en materia de prestación de servicios trabajar con calidad.

En Colombia el proceso de habilitación requiere de una declaración voluntaria por parte de los prestadores que exige la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones de calidad exigibles, dicho proceso se realiza ante el ente rector departamental quien tiene la potestad de habilitar y que en su caso debe cumplir con el proceso de verificación. La verificación de las condiciones de calidad es un proceso normado en Colombia y que exige el entrenamiento idóneo de los verificadores, por parte de instituciones de educación debidamente autorizadas por el concejo nacional de recursos humanos en salud, la norma exige que los verificadores deban realizar un diplomado lo cual los hace idóneos para cumplir esta función.

A través del diplomado se estudiaron las condiciones de calidad y se realizó la práctica en la ESE Hospital la María del municipio de Medellín, este informe es igualmente homologado como trabajo de grado para optar al título de especialistas en gerencia de la calidad y auditoría en salud.

### 3. ANTECEDENTES

Una vez promulgada la Ley 100, comenzó el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente representaran algo para el sistema. Si bien existen algunas referencias legales que tenían que ver con calidad, como el Decreto 1917 de 1994, formalmente el Sistema obligatorio de garantía de calidad solo apareció hasta el año 1996, a través del Decreto 2174 de 1996 y, posteriormente, por el 2309 de 2002 y el 1011 de 2006. Cada uno de estos ha derogado a su antecesor. A continuación, se presenta una breve descripción de los contenidos temáticos de cada uno de estos, para entender mejor cuáles temas fueron reglamentados de la Ley 100 y los cambios introducidos (1).

Decreto 2174 de noviembre 28 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2).

Decreto 2309 de octubre 15 de 2002. Al igual que el 2174, el 2309 define una serie de características básicas del sistema, como son su campo de aplicación, el cual cobija a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud (1).

Decreto 1011 de abril 3 de 2006. Este decreto, que deroga al 2309, se debe entender en unas circunstancias coyunturales. Lo primero es que no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos (1).

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 y del Decreto 2174 de 1996, se incentivó el diseño de un sistema de garantía de la calidad integral para Colombia y se definieron unos instrumentos que el país consideró prioritarios: los requisitos esenciales como definición de las condiciones mínimas de estructura para permitir el funcionamiento de un prestador, la acreditación de instituciones de salud como un mecanismo voluntario de garantía de calidad superior a los requisitos esenciales, la auditoría para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de los servicios, y el sistema de información a los usuarios (3).

A partir de la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016, se tiene como concepto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (4).

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (4).

El Sistema Único de Habilitación (SUH). Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de

obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (5).

En la evolución del primer componente Sistema Único de Habilitación del SOGCS, está la Resolución 1043 de 2006, la cual establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones (6).

Posteriormente, se emite la Resolución 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones (7).

Actualmente, se tiene la Resolución 2003 de 2014, la cual define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. La anterior norma es derogada por la Resolución 3100 de 2019 artículo 27 del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto primordial es definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la presente resolución (8).

Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del sistema único de habilitación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente manual (8).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Asesorar a la ESE Hospital La María del Municipio de Medellín, en relación con el cumplimiento de las condiciones de calidad en el servicio de Urgencias, luego de desarrollar el proceso de verificación, de tal manera que propicie el mejoramiento de aquellas condiciones que se evidencian como débiles y darle mantenimiento al SOGC.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer el proceso de verificación de las condiciones de calidad para la prestación de servicios de salud.
2. Conocer las condiciones de calidad exigibles a los servicios y aplicar este conocimiento a la institución, mediante instrumentos previamente diseñados.
3. Analizar los principales hallazgos encontrados en la institución.
4. Hacer sugerencias conforme a los hallazgos para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud con base la norma en los estándares mínimos de calidad.



## 5. LOS PRODUCTOS

Conocimiento de las condiciones de calidad aplicables a los servicios y que en este trabajo se soportan con los instrumentos de verificación y dichos hallazgos deben ser analizados y se acompaña de sugerencias y recomendaciones para el mejoramiento de la institución.

### GUIA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de mayo de 2014

#### TODOS LOS SERVICIOS

**GRUPO** URGENCIAS  
**SERVICIO** URGENCIAS  
**CODIGO** 501  
**MODALIDAD** INTRAMURAL  **TELEMEDICINA** \_\_\_\_\_  
**COMPLEJIDAD** MEDIA  ALTA   
**NOMBRE DEL PRESTADOR** ESE HOSPITAL LA MARIA  
**CODIGO DEL PRESTADOR:** 0500106086 N° DISTINTIVO DHS002584  
**MUNICIPIO** MEDELLIN **FECHA** 15 DE FEBRERO  
**2020**

CRITERIO	C	N	N	OBSERVACIONES
	C	C	A	
<b>Descripción del Servicio:</b> Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas del día. Las patologías, el recurso humano requerido y la dotación del servicio, requieren de mayor especialidad que la baja complejidad.				
<b>1. TALENTO HUMANO</b>				
<b>Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud</b>				
<b>Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo:</b>				

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacidad instalada.</li> </ul>		X		El funcionario del área de calidad refiere que la institución tiene definido capacidad instalada y suficiencia de personal requerido, según las necesidades en el servicio de urgencias, de acuerdo con la relación oferta demanda, oportunidad de prestación del servicio y riesgo en la atención, se tiene un documento antiguo; pero no se tiene acceso a este, ya que se está actualizando, por lo tanto, no se evidencia el documento que avale la capacidad instalada y la suficiencia de personal.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La relación oferta y demanda.</li> </ul>		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La oportunidad en la prestación.</li> </ul>		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El riesgo en la atención.</li> </ul>		X		
Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	X			Tienen documentado cronograma con tema por mes, presentan listas de asistencia.
Cuenta con personal en entrenamiento.		SI (X) NO () Presenta convenio con universidades y centros de formación, mostraron los contratos de los convenios docencia asistencial.		
Cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.	X			Se evidencia la documentación en la cual el personal de supervisión tiene establecidas funciones y los mecanismos de control.
<b>EN BAJA COMPLEJIDAD:</b>				
Cuenta con:				
1. Auxiliar de Enfermería con certificado de formación en soporte vital básico.		X		Se tomó una muestra de hojas de vida de las auxiliares, algunas de la cuales no evidenciaban el certificado soporte vital básico.
<b>EN MEDIANA COMPLEJIDAD:</b>				
Cuenta con:				
1. Médico general o médico especialista en medicina de urgencias o medicina familiar.	X			Se evidencia la presencia del personal por servicio, según el cuadro de turnos.

<b>Disponibilidad de:</b>			
Médicos especialistas, según oferta.	X		Se evidencia la presencia del personal por servicio, según el cuadro de turnos.
<b>EN ALTA COMPLEJIDAD:</b>			
<b>Cuenta con</b>			
1. Médico especialista en las especialidades ofertadas, con apoyo de médicos generales.		X	
En alta y mediana complejidad, cuenta con enfermera y auxiliar de enfermería.	X		Se evidencia la presencia del personal por servicio, según el cuadro de turnos.
Los médicos generales que se desempeñen en urgencias de alta y mediana complejidad cuentan con certificado de formación para soporte vital avanzado.		X	Se tomó una muestra de hojas de vida de profesionales, algunas de la cuales no evidenciaban el certificado soporte vital avanzado
Todo el personal mencionado, excepto los médicos, debe contar con certificado de formación en soporte vital básico.		X	Se tomó una muestra de hojas de vida de profesionales, algunas de la cuales no evidenciaban el certificado soporte vital avanzado

## 2. INFRAESTRUCTURA

### Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados por la institución.	X		La mayoría de las áreas de urgencia se encuentran en perfecto orden y aseo. Se observa <b>Área Limpia</b> con equipos e insumos médicos acinados en el área impidiendo el uso adecuado del mismo
Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada, modificada o inscrita, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.	X		

<b>Cuenta con:</b>			
1. Tanques de almacenamiento de agua que garantizan como mínimo 24 horas de servicio y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.	X		Se observa área de tanques. Cuentan con una capacidad de 174.000 metros cúbicos, camas 119, duración 4 días, sin la nueva construcción.  Se hace seguimiento del PH y cloro libre, diariamente, revisión mensual de laboratorio externo para microbiología el almacenamiento de agua
2. Área para el uso técnico de los elementos de aseo.	X		
3. Baños con accesorios para lavado y desinfección de patos, o dispone de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.	X		
<b>SALA ERA:</b>			
<b>Cuenta con:</b>			
1. Área física exclusiva, delimitada, señalizada, y de circulación restringida.		X	No cuenta con sala ERA
2. Los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza y desinfección.		X	
3. Ventilación natural y/o artificial.		X	
4. Iluminación natural y/o artificial.		X	
5. Área para lavado y desinfección de equipos.		X	
<b>Dispone de:</b>			
1. Oxígeno.	X		
2. Servicio sanitario para los pacientes.	X		
<b>Si realiza procedimientos que requiera sala de yesos, cuenta con:</b>			
1. Área física delimitada, señalizada y de circulación restringida, y no utilizada como	X		La sala de yeso posee doble acceso en el

área de tránsito entre otras áreas de la institución.				consultorio. Se sugiere cerrar una de las puertas.
2. Los pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza y desinfección.	X			Se observa techos pisos y paredes de fácil limpieza y desinfección. Se observa área limpia con equipos e insumos médicos acinados en el área impidiendo el uso adecuado del mismo En los baños para pacientes se observa techo con humedad y desgaste de la pintura. Y no cuentan con desinfectante o jabón de manos. Y el área limpia de mantenimiento se observa hueco en la pared donde colocan implementos.
3. Lavamanos	X			
<b>3. DOTACIÓN</b>				
<b>Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales</b>				
Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	X			Se verifica la lista de los equipos, y se cuenta con todos los equipo básico para la prestación de los servicios.
Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de	X			Se evidencia cronograma de mantenimiento preventivo y de calibración según las recomendaciones del fabricante, está consignado en la hoja de vida de cada equipo con el

uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.				mantenimiento correctivo de los equipos que lo han requerido.
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	X			cuenta con proveedor externo que opera dentro de la institución, un Ingeniero biomédico y 3 Tecnólogos, los cuales están certificados por el Invima
<b>Dotación para todo el servicio:</b>				
<b>Cuenta con:</b>				
1. Instrumental gineco-obstétrico.	X			Se evidencia el instrumental de gineco-obstetricia con su respectivo rotulo de esterilización
2. Equipo de atención de partos.	X			Se evidencia equipo de atención de parto con su respectivo rotulo de esterilización.
3. Monitor de signos vitales.	X			
4. Sistema de succión.	X			
5. Material de inmovilización para pacientes adultos y pediátricos.	X			
6. Equipo de toracotomía.	X			
7. Oxígeno.	X			
8. Carro de paro con equipo de reanimación.	X			
• Resucitador pulmonar manual.	X			
• Incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.	X			
9. Desfibrilador externo manual que permita.	X			
10. Oxímetro de pulso, cuando no se encuentre incluido en el monitor de signos vitales.	X			
11. Bomba de infusión.	X			
12. Laringoscopia con hojas para adulto, pediátrica y neonatal, y guía de intubación para adulto y pediátrica.	X			
<b>EN EL ÁREA DE CONSULTA MÉDICA</b>				

<b>Cuenta con:</b>			
1. Camilla con barandas y estribo, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos.	X		
2. Tensiómetro y fonendoscopio	X		
3. Termómetro	X		
<b>Disponibilidad de:</b>			
1. Equipo de órganos de los sentidos	X		Cuenta con el equipo de órgano, pero el otoscopio no funciona, no se evidencia reporte del daño al área de mantenimiento.
2. Báscula para pacientes y báscula para infantes	X		
<b>En urgencias pediátricas cuenta con:</b>			
1. Báscula para pacientes y báscula para infantes.			X
2. Cinta métrica.			X
<b>En sala de procedimientos cuenta con:</b>			
1. Camillas rodantes con freno y con barandas.	X		
2. Equipo de pequeña cirugía.	X		
<b>En sala de observación:</b>			
Camillas rodantes con freno y con barandas.	X		
<b>Cuenta en la sala de reanimación con:</b>			
1. Camilla rodante con mecanismo de freno.	X		No se evidenció la camilla en la sala de reanimación esta fue ubicada en el sitio durante la visita.
2. Mesa auxiliar rodante.	X		
3. Aspirador de secreciones.	X		
4. Adecuado sistema de iluminación.	X		Se evidencia un adecuado sistema de iluminación
5. Equipos de monitoreo para presión arterial no invasiva, oximetría de pulso, electrocardiografía, frecuencia respiratoria y temperatura.	X		
6. Desfibrilador con paletas para adultos y pediatría con capacidad para descargas sincronizadas.	X		

7. Marcapasos transcutáneo que debe funcionar con batería y permanecer conectado, y cuenta con electrodos de monitoria y gel para desfibrilación.	X			
Las camillas con estribos contempladas en baja complejidad solo aplican para el consultorio donde se atiende la urgencia ginecoobstétrica.			X	
<b>Elementos para todo el servicio:</b>				
• Equipos de punción lumbar	X			
• Bombas de infusión.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS</b>				
<b>Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.</b>				
<b>Todo prestador de servicios de salud deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir:</b>				
• El principio activo				
• Forma farmacéutica		X		El carro de paro no cuenta con listado Básico de Medicamentos
• Concentración				
• Lote				
• Fecha de vencimiento				
• Presentación comercial				
• Unidad de medida				
• Registro sanitario vigente expedido por el INVIMA				
<b>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información:</b>				
• Descripción		X		El carro de paro no cuenta con listado básico de Dispositivos Médicos.



• Marca del dispositivo.				
• Serie (cuando aplique) /Lote.				
• Presentación comercial.				
• Registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización.				
• Clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización).				
• Vida útil si aplica.				
<b>Se tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la:</b>				
1. Selección.				No se evidencia los documentos, la auxiliar que nos atendió manifestó que están en farmacia.
2. Adquisición				
3. Transporte				
4. Recepción				
5. Almacenamiento				
6. Conservación				
7. Control de fechas de vencimiento				
8. Control de cadena de frio				
9. Distribución /Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria				
10. Dispensación / Dispensación segura				
11. Devolución				
12. Disposición final de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro				
13. Seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro				
El prestador que realice algún tipo de actividad con <b>medicamentos de control especial</b> para la prestación de servicios de salud deberá contar con la respectiva <b>resolución de autorización, vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces</b>	X			
<b>Para el manejo de medicamentos de control especial, se cumple con los requisitos exigidos de acuerdo con la normatividad vigente:</b>				
• Sistema de almacenamiento, independiente, diferenciado y señalizado.	X			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe mantenerse bajo estrictas condiciones de seguridad.</li> </ul>	X		
<b>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico invitro mediante la implementación de programas de:</b>			
Farmacovigilancia	X		No se verificó existencia de los documentos, la auxiliar de enfermería manifestó que estos programas están en farmacia
Tecnovigilancia	X		
Reactivovigilancia	X		
Que incluyan además la verificación permanente de las alertas emitidas por el INVIMA.			
<b>Condiciones de temperatura y humedad.</b> Los sitios donde se almacenen medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico e insumos para la salud, deben contar con mecanismos que garanticen las condiciones de almacenamiento recomendadas por el fabricante en:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura</li> </ul>			Se encuentran medicamentos almacenados en bolsas transparentes por paciente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humedad</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventilación</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segregación</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> </ul>			
El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, <b>así como evidenciar su:</b>			El área de urgencias no cuenta con termohigrómetro, pese a tener medicamentos en stock, y que la formulación de este servicio es por 24 horas,
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión</li> </ul>			
Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos	X		Manifiestan tener política de no rehusó
Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA		X	Se encuentran medicamentos sólidos reempacados por el servicio farmacéutico sin Certificado de BPM

Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente. <b>Ver guía de gases medicinales</b>				No se evidenciaron balas de oxígenos en el servicio.
Si se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil	X			El servicio cuenta con carro de paro.
Cuenta con kit para recolección de evidencia forense	X			
Cuenta con kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 o la norma que la modifique, adicione o sustituya	X			

#### 5. PROCESOS PRIORITARIOS

**Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.**

CRITERIO	C	N	N	OBSERVACIONES
	C	C	A	
Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	X			Cuenta con guías de enfermería en medio magnético y físico, no se evalúa las guías médicas, No se cuenta con las guías medicas ni físicas ni en medio magnético.
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	X			Ne se evidencia dentro del servicio los listados de asistencias a las capacitaciones, pero si se nos explica que se hacen y son llevadas a cabo por el área de talento humano, se verificó con los profesionales encargados verificar dicho estándar y nos confirmaron que si se maneja la de la forma descrita y hay evidencias de estas.
Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.		X		No cumple.

Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	X			
<b>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</b>				
1. Antes del contacto directo con el paciente.	X			Cuentan con el protocolo y se puede evidenciar durante la presencia en el servicio, además están visibles en las áreas de lavado de mano los pasos para realizarlo según el protocolo.
2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.	X			Se evidencia.
3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.	X			Se evidencia.
4. Después de contacto con el paciente.	X			Se evidencia.
5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).	X			Se evidencia.
El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.			X	No se evidenció y tampoco se indagó acerca de este.
<b>Cuenta con protocolo de:</b>				
1. Limpieza y desinfección de áreas	X			
2. Superficies	X			
3. Manejo de ropa hospitalaria	X			
4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.	X			
<b>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</b>				

1. Usuario correcto	X			Se evidencia la existencia de procesos dentro de la carpeta existente en el equipo del servicio. Se evidencia la administración de medicamento mas no las ordenes médicas.
2. Medicamento correcto	X			
3. Dosis correcta	X			
4. Hora correcta	X			
5. Vía correcta	X			
Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	X			Se evidencia.
<b>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</b>				
1. Estabilización del paciente antes del traslado.	X			
2. Medidas para el traslado	X			
3. <b>Lista de chequeo</b> de los documentos necesarios para el traslado que incluya:				
• Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia,	X			
• Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.	X			
• Resumen de historia clínica	X			
4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correos etc.)	X			
5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso	X			
<b>Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:</b>				
1. Protocolo de sedación.			X	
2. Protocolo de manejo de emergencias.			X	
3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.			X	No se evaluó

4. <b>Lista de Chequeo</b> , consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:			X	No fue posible visualizarlo en la H.C debido a que no se solicitó autorización a usuario para acceder a sus datos, observación que se nos hizo desde antes de iniciar la visita a los servicios.
a. Evaluación de la vía aérea.			X	
b. La determinación del tiempo de ayuno adecuado.			X	
c. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.			X	
d. Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.			X	
Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.			X	
5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.			X	
6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de conciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			X	
<b>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</b>				

1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:	X			Se evidencia el proceso para dicha atención y se nos permite verificar el kit de atención, el cual estaba completo y también se observa el espacio y mecanismo de custodia de las pertenencias de la víctima.
a. Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.	X			
b. Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.	X			
c. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.			X	No se solicitó ya que no manejan dicha documentación en el servicio y al momento de solicitar las hojas de vida del personal no se tenían disponibles.
Las instituciones que ofrezcan servicio de urgencias en cualquier complejidad deberán prestarlo durante las 24 horas del día. Lo anterior no exime de la obligación de prestar atención inicial de urgencias a los prestadores que no tengan ofertado este servicio	X			
<b>Cuenta con:</b>				
1. Un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda médica diaria de evolución de pacientes.	X			Evidenciado en software de historia clínica electrónica
<b>2. Guías, procedimientos, manuales o instructivos para:</b>				
• Revisión del equipo de reanimación en cada turno	X			Se evidencia en carpeta de procesos transversales disponibles y accesibles en los equipos de todos los servicios para el personal asistencial.

• Solicitud de interconsultas.	X		Existe la documentación en donde se referencia para este tipo de solicitud.
• Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina.	X		Se encuentra documento que describe esta actividad, además se verifica el formato con el que se realiza.
• Reanimación Cardiocerebropulmonar	X		Existe el procedimiento para manejar este tipo de urgencias vitales en el servicio, no se verificó si hay adherencia ya que no ingresamos al servicio
• Control de líquidos.	X		Se encuentra la documentación que es transversal en los demás servicios.
• Plan de cuidados de enfermería.	X		Se realiza verificación del documento y los planes de enfermería están actualizados según el tipo de patología.
• Administración de medicamentos.	X		Se encuentra la guía de administración de medicamentos que es transversal con otros servicios.
• Inmovilización de pacientes	X		Se verifica el procedimiento para la inmovilización de pacientes.
• Toma de muestras de laboratorio.	X		Se encuentra manual para toma de muestras de laboratorio.
• Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	X		Se tiene la guía para la preparación de exámenes diagnósticos, no solo a nivel interno sin externo, es conocido por todo el personal.
• Referencia y contra referencia.	X		
<b>Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales:</b>			
• En el paciente neonato debe colocarse un brazalete con la identificación de la madre y asegurar la identificación por medio de rótulos en la incubadora.		X	Institución no presta servicio de ginecología, en el momento no aplica.
• Contar con protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.	X		Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
• Contar con una identificación con tarjeta de cabecera, de pie de cama o de habitación o similares, del paciente, que se debe elaborar inmediatamente que es asignada la cama al paciente y anotar por lo menos tres datos del	X		Se evidencia encima de cada cama con información muy completa y funcional.



paciente sin incluir la condición de salud.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos preanalíticos, analíticos y post analíticos.</li> </ul>	X			Fue posible evidenciarlo en el servicio de laboratorio.
<b>Protocolos para:</b>				
1. Venopunción, para servicios hospitalarios y de urgencias y sitios donde se realicen este tipo de actividades, con el fin de prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
2. Introducción y mantenimiento de sondas vesicales, para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
3. Prevención y reducción de caídas.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
4. Prevención de úlceras por presión.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
5. Ilustrar al paciente en el auto cuidado de la salud y la preservación de la seguridad de su atención.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
6. Desinfección o esterilización según se requiera.	X			Verificado por las profesionales asignadas para seguridad del paciente.
<b>La institución que ofrezca servicio de internación debe garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para servicios de alimentación, ya sea que se preste de manera directa o contratada y cuenta con protocolos para:</b>				
1. El manejo de nutrición enteral para los pacientes, según las principales patologías que maneja la institución.		X		No se evidencia el protocolo.
2. La preparación de dietas para la alimentación vía oral.		X		No se evidencia el protocolo.
3. Garantizar el suministro de alimentación a los pacientes hospitalizados.	X			Se lleva tabla física con dichos registros.
<b>Cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados para:</b>				

1. Atención médica inicial y definición de conducta, de las principales patologías que el servicio atiende.	X			Cumple
2. La clasificación de pacientes.	X			
3. Criterios explícitos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad.	X			
4. Sistema de inmovilización segura de usuarios para cuando su condición clínica lo requiera.	X			
5. Guías y protocolos de atención en paciente agitado, intento de suicidio, síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.	X			
6. Criterios explícitos para recibir a un usuario referido de servicios de consulta externa u hospitalización de salud mental de cualquier complejidad.	X			
7. Planes para emergencias internas y externas.	X			
8. Procedimientos para la información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos del manejo ambulatorio de pacientes.	X			
9. Protocolo para declaración de muerte cerebral.	X			
<b>Si dispone de sala de rehidratación oral cuenta con:</b>				
1. Protocolo de rehidratación oral que incluye seguimiento del estado clínico. Criterios de tiempos máximos de manejo con rehidratación oral y de remisión a hospitalización.			X	
2. Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en el servicio y de los que no. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos.			X	

3. Procedimientos para la información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de la deshidratación.			X	
<b>Si dispone de salas ERA, cuenta con:</b>				
1. Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja que incluya los seguimientos del estado clínico.			X	
2. Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja y de remisión a hospitalización.			X	
3. Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en las sala y de los que no.			X	
Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores, las cuales están definidas en generalidades en el presente manual.			X	
<b>6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS</b>				
<b>Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios</b>				
Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			Cuenta con:  La apertura de la historia, datos en general de identificación y motivo de consulta y diagnóstico
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la	X			Cuentan con:  Medio electrónico de sistema para el uso y manejo de

información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.			historias clínicas, llamado “Dinámica Gerencial”. Servicio integral para todos los servicios del hospital. Además, algunos anexos de la historia son el físico y posteriormente escaneados y anexados a la historia clínica.
El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	X		El sistema de: historias clínicas electrónico no permite modificar los registros ya guardados.
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	X		Cumplen con: Datos de identificación, anamnesis, diagnóstico, tratamiento.
<b>Las historias clínicas y/o registros asistenciales:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</li> </ul>	X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</li> </ul>	X		El archivo se encontraba cerrado al momento de la verificación.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</li> </ul>	X		Cumple con los lineamientos establecidos por la ley.

Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos.	X			Se evidencia consentimiento informado bien diligenciado con firmas correspondientes.
Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación	X			El sistema electrónico no permite guardar la información si no se llenan cada ítem
Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas	X			
<b>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</b>				
1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.	X			
2. Registro de la información post-transfusional.	X			
3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos.	X			
4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.	X			
5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.	X			
6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA</b>				
<p><b>Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.</b></p> <p><b>En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será</b></p>				

responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

<b>Para mediana complejidad:</b>				
<b>Cuenta con:</b>				
1. Hospitalización.	X			
2. Radiología e Imágenes diagnósticas.	X			
3. Laboratorio clínico.	X			
4. Servicio farmacéutico.	X			
5. Proceso de esterilización.	X			
<b>Disponibilidad:</b>				
1. Transfusión sanguínea.	X			
2. Patología.	X			
3. Terapia respiratoria.	X			
4. Nutrición.	X			
5. Transporte Asistencial.	X			
<b>Para alta complejidad:</b>				
<b>Cuenta con:</b>				
1. Hospitalización.	X			
2. Cuidado Intensivo, según la oferta.				
3. Transfusión sanguínea.	X			
4. Radiología e Imágenes diagnósticas.	X			
5. Laboratorio clínico.	X			
6. Servicio farmacéutico.	X			
7. Proceso de esterilización.	X			
8. Patología.	X			
<b>Disponibilidad de:</b>				
1. Terapia respiratoria.	X			
2. Nutrición.	X			
3. Transporte Asistencial.	X			

## 6. ALCANCE

Este trabajo se realiza en el servicio de Urgencias al cual se le aplican los siguientes estándares de la resolución 2003 de 2014:

**6.1 TALENTO HUMANO** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

**6.2 INFRAESTRUCTURA** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

**6.3 DOTACIÓN** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

**6.4 MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

**6.5 PROCESOS PRIORITARIOS** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

**6.6 HISTORIA CLINICA Y REGISTROS** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

**6.7 INTERDEPENDENCIA** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los

productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

## **7. ACTIVIDADES Y METODOLOGÍAS**

El trabajo se constituye en una asesoría para la institución que requirió con el concurso de servidores de verificación, con instrumentos diseñados previamente con el fin de captar hallazgos previamente.

### **7.1 ACTA DE REUNION 1**

#### **7.1.1 Tema: Reunión de apertura**

**Fecha:** 15 de febrero 2020

**Ubicación:** ESE Hospital La María, Barrio Alfonso López, Medellín, Antioquia.

**Hora inicio:** 08:00 am

**Hora Fin:** 8:30 am

#### **OBJETIVO**

Socializar el plan de auditoria y la metodología para la evaluación de los estándares de habilitación en la ESE Hospital La María del municipio de Medellín - Antioquia en el servicio de Urgencias, aplicando las listas de Chequeo establecida en la Resol. 2003 de 2014 y/o Resol. 4445 de 1996

#### **PARTICIPANTES**

Diego Domínguez (Urgentólogo)

Martha Martínez (Coordinadora de urgencias)

Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica)

Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)

#### **Estudiantes UCC**

Acosta de Gatti Mariangel Isabel- Estudiante GECAS -UCC

Asprilla Cabrera Aydee- Estudiante GECAS -UCC

Escobar Diana Paulina- Estudiante Diplomado Verificadores -UCC



Lema Ramon Antonio- Estudiante Diplomado Verificadores –UCC

Montaño Ruth- Estudiante Diplomado Verificadores –UCC

Pérez Avila Juliana Piedad- Estudiante GECAS -UCC

Porto Ramos Katia Elena- Estudiante Diplomado Verificadores -UCC

Preston Velásquez Stephany Andrea- Estudiante GECAS -UCC

## **DESARROLLO DE LA REUNION**

Descripción de los puntos tratados en la reunión

### **✓ BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTOS**

El líder la de la auditoria, Dr. Ramon Lema, presenta un cordial saludo a los presentes y agradece por la asistencia del personal de la ESE Hospital La María y del equipo de estudiantes de auditoria de Universidad Cooperativa de Colombia.

Agradece al equipo del Hospital por el compromiso que tienen con la evaluación, implementación, y mejoramiento continuo de los Estándares de Habilitación que hoy será evaluado.

### **✓ PRESENTACION DEL EQUIPO AUDITOR**

Acosta de Gatti Mariangel- Isabel Enfermera

Asprilla Cabrera Aydee- Administradora De Empresas

Escobar Diana Paulina- Ingeniera Biomédica

Lema Ramon Antonio- Administrador De Empresas

Montaño Ruth- Enfermera

Pérez Avila Juliana Piedad- Administradora En Servicios de Salud

Porto Ramos Katia Elena- Odontóloga

Preston Velásquez Stephany Andrea- Enfermera

### **✓ PRESENTACION DEL EQUIPO DEL HOSPITAL**

Diego Domínguez (Urgentólogo)

Martha Martínez (Coordinadora de urgencias)

Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica)

Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)

## ✓ **LECTURA DEL PLAN DE AUDITORIA**

- **PROGRAMACIÓN DEL RECORRIDO DE LA AUDITORIA**

Se programó recorrido de la auditoría 7:00am.

- **ALCANCE DE LA AUDITORIA**

Se explica que es un ejercicio académico, se realizará la evaluación del estándar de habilitación en el servicio de Urgencias, en la ESE Hospital La María, aplicando las listas de chequeo establecida en la resol. 2003 de 2014 y en resol. 4445 de 1996.

## ✓ **PROGRAMACION DE LA REUNIÓN DE CIERRE**

Se programa cierre de la auditoria a las 1.30 pm

## **7.2 ACTA DE REUNION 2**

### **7.2.1 Tema: Reunión de cierre**

**Fecha:** 15 de febrero 2020

**Ubicación:** ESE Hospital La María, Barrio Alfonso López, Medellín, Antioquia.

**Hora inicio:** 01:00 pm

**Hora Fin:** 1:30 pm

### **OBJETIVO**

Concluir la visita y evaluación de los estándares de habilitación en la ESE Hospital La María del municipio de Medellín - Antioquia en el servicio de Urgencias, aplicando las listas de Chequeo establecida en la Resol. 2003 de 2014 y/o Resol. 4445 de 1996

### **PARTICIPANTES**

Diego Domínguez (Urgentólogo)

Martha Martínez (Coordinadora de urgencias)

Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica)

Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)

## **Estudiantes UCC**

Acosta de Gatti Mariangel Isabel- Estudiante GECAS -UCC

Asprilla Cabrera Aydee- Estudiante GECAS -UCC

Escobar Diana Paulina- Estudiante Diplomado Verificadores -UCC

Lema Ramon Antonio- Estudiante Diplomado Verificadores –UCC

Montaño Ruth- Estudiante Diplomado Verificadores –UCC

Pérez Avila Juliana Piedad- Estudiante GECAS -UCC

Porto Ramos Katia Elena- Estudiante Diplomado Verificadores -UCC

Preston Velásquez Stephany Andrea- Estudiante GECAS -UCC

## **DESARROLLO DE LA REUNION**

### **✓ DESPEDIDA Y AGRADECIMIENTOS**

- El equipo auditor da los agradecimientos por la acogida del personal de la ESE Hospital La María, y por su disposición para recibirnos, no se tuvo percances, se encontró personal con gran colaboración y compromiso con el mejoramiento continuo.
- Agradece al equipo del hospital por el compromiso que tienen con la evaluación, implementación, y mejora continua de los Estándares de Habilitación que hoy fueron evaluados.

### **✓ INTERVENCIONES**

Se realizan intervenciones por parte de los dos actores, compartiendo la experiencia, hallazgos y recomendaciones de la actividad desarrollada.

### **✓ CONCLUSIONES**

Entidad con ambiciones de mejoramiento y cumplimiento de los estándares de habilitación, que ayuden en una mejor prestación de servicios a los usuarios según normatividad vigente de los criterios de habilitación.

### **✓ RECOMENDACIONES**

Procesos documentados y socializados, se recomienda fortalecer la medición en procedimientos específicos.

Importancia de la centralización de la información de uso institucional.

### 7.3 PLAN DE AUDITORIA EN SITIO

<b>OBJETIVO</b>	Verificar el cumplimiento de los estándares de la resolución 2003 de 2014 y/o Resolución 04445 de 1996 en la ESE Hospital La María Medellín- Antioquia en el servicio de Urgencias.				
<b>ALCANCE</b>	Evaluar las condiciones y mantenimiento de las instalaciones para la prestación de servicio de salud en Urgencias en la ESE Hospital La María Medellín- Antioquia.				
<b>CRITERIOS</b>	Estándares de la Resolución 2003 de 2014 y Resolución 4445 de 1996			<b>AUDITORÍA No. 1</b>	
<b>AUDITOR LIDER</b>	Lema Ramón Antonio	<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Acosta de Gatti Mariangel Isabel Asprilla Cabrera Aydee Escobar Diana Paulina Lema Ramon Antonio Montaño Ruth Pérez Avila Juliana Piedad Porto Ramos Katia Elena Preston Velásquez Stephany Andrea	<b>PROCESOS AUDITADOS</b>	Urgencias
<b>Tiempo y Fecha de Ejecución:</b> 5 horas y 30 minutos		<b>De:</b> 15 de febrero 2020		<b>Hasta:</b> 15 de febrero 2020	
<b>Metodología empleada:</b>		Entrevista		Revisión documental	

	<b>HORA</b>	<b>PROCESO/ ACTIVIDAD/ REQUISITO POR AUDITAR</b>	<b>AUDITADO</b>	<b>AUDITORES</b>	<b>DOCUMENTOS APLICABLES</b>
15 de febrero 2020	8:00 am – 8:30 am	Reunión de apertura	Diego Domínguez (Urgentólogo) Martha Martínez (Coordinadora de urgencias)	Equipo Auditor	

			Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica)		
			Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)		
15 de febrero 2020	8:30 am – 1:00 pm	Estándar Talento Humano Interdependencia	Martha Martínez (Coordinadora de urgencias)	Pérez Avila Juliana Piedad Asprilla Cabrera Aydee	Humano / Listas de chequeo/ Historias clínicas/ Manuales, guías de atención/ Cronogramas
		Estándar de Infraestructura	Ingeniera biomédica	Lema Ramon Antonio Acosta de Gatti Mariangel Isabel	
		Estándar Dotación	Ingeniera biomédica	Porto Ramos Katia Elena Escobar Diana Paulina	
		Estándar Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Regente de farmacia	Porto Ramos Katia Elena Escobar Diana Paulina	
		Estándar Procesos Prioritarios Asistenciales	Martha Martínez (Coordinadora de urgencias) Diego Domínguez (Urgentólogo)	Preston Velásquez Stephany Andrea Montaño Ruth	

		Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Martha Martínez (Coordinadora de urgencias) Diego Domínguez (Urgentólogo)	Lema Ramon Antonio Acosta de Gatti Mariangel Isabel	
15 de febrero 2020	12:00 pm – 1:00 pm	Balance – informe Final	Diego Domínguez (Urgentólogo) Martha Martínez (Coordinadora de urgencias) Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica) Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)	Equipo Auditor	
15 de febrero 2020	1:00 pm – 1:30 pm	Reunión de Cierre	Diego Domínguez (Urgentólogo) Martha Martínez (Coordinadora de urgencias) Juliana Gómez (Ingeniera Biomédica) Sergio Gaviria (Ingeniera Biomédica)	Equipo Auditor	

## 8. DIAGNÓSTICO

### PRESENTACIÓN GENERAL

El día 15 de febrero de 2020 a las 7:00am en la calle 92 ee # 67-61, Medellín, Antioquía, se presentó el equipo de estudiantes del diplomado de verificadores y la docente Lina Gómez, quien dio instrucción clara de la dinámica de la verificación al servicio de urgencias de la ESE Hospital la Maria, y aclara algunas dudas concretas de los estándares de habilitación. Posteriormente se da inicio a la visita de verificación de cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, conforme a lo previsto en la Resolución 2003 de 2014, y demás normatividad aplicable vigente.

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>CLASE DE PRESTADOR:</b>	IPS
<b>TIPO DE VISITA:</b>	Programada
<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR:</b>	ESE Hospital la Maria
<b>TIPO DE IDENTIFICACION:</b>	NIT: 890905177-9
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:</b>	Misael Alberto Cadavid Jaramillo
<b>DIRECCIÓN:</b>	Calle 92 ee # 67-61
<b>TELÉFONO:</b>	4447192
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	calidad@lamaria.gov.co
<b>FECHA DE COMUNICACIÓN DE LA VISITA:</b>	14 de febrero de 2020
<b>NOMBRE DEL COORDINADOR DE LA VISITA:</b>	Diego Domínguez (urgentólogo)
<b>NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA:</b>	Martha Martínez (coordinadora de urgencias).

El servicio de urgencias se verificó que efectivamente se prestaba, y que estaba inscrito ante el REPS. Como se evidencia a continuación con la siguiente información:

PRESTADORES		SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
<p>REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS</p> <p>Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en <a href="#">Buscar</a> para ver todos los registros.</p> <p>Formulario que permite la <b>CONSULTA</b> en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.</p>						
NIT/CC	890905177 - 9					
Naturaleza Jurídica	Pública					
<b>DATOS GENERALES DEL PRESTADOR</b>						
Código del Prestador	0500106086 - 01	Clase de Prestador	Instituciones - IP:			
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	3	Carácter Territorial	DEPARTAMENTAL	
<b>DATOS DE LA SEDE</b>						
Departamento	Antioquia	Municipio	MEDELLÍN			
Código de la Sede	0500106086 - 01					
Nombre de la Sede	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA					
<b>SERVICIO</b>						
Grupo	Urgencias	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	DHS002584			
Servicio	501-SERVICIO DE URGENCIAS					
Modalidad	<input checked="" type="checkbox"/> Intramural: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Intramural: Hospitalario <input type="checkbox"/> Extramural: Unidad Móvil <input type="checkbox"/> Extramural: Domiciliario <input type="checkbox"/> Extramural: Otras Extramural <input type="checkbox"/> Telemedicina: Centro Referencia <input type="checkbox"/> Telemedicina: Institución Remisora					
Complejidad	<input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta					
Fecha apertura del servicio	20061117 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.					
<p><b>Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 15 de febrero de 2020 (10:26 p. m.)</b></p>						

**Fuente:** REPS (2020). Registro actual servicios. Recuperado de: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes\\_reps.aspx?tbhabi\\_codigo\\_habilitacion=0500106086](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes_reps.aspx?tbhabi_codigo_habilitacion=0500106086)

## 8.1 CONDICIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS

**Descripción del Servicio Urgencias:** Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas del día. Las patologías, el recurso humano requerido y la dotación del servicio, requieren de mayor especialidad que la baja complejidad.

## 8.2 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO

Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.



## **HALLAZGOS**

- Se evidencia cuadro de turno, donde se cuenta con treinta y siete (37) Auxiliares de, 7 jefes de enfermería, 10 Médicos y uno (1) Urgentólogo, sin embargo, no se cuenta con estudio de suficiencia de personal necesaria para la atención de acuerdo con la capacidad instalado la relación oferta y demanda, oportunidad y el riesgo en la atención.
- Se evidencia la acción de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.
- Cuenta con Convenios Docencia Servicios, se tiene acceso a la documentación de estos convenios con instituciones Académicas los cuales se encuentra con recursos completo y se evidencian soportes físicos.
- Al evaluar las hojas de vida no es posible evidenciar si el talento humano en salud cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.; lo anterior debido a que las hojas de vida no estaban disponibles para verificar y evidenciar los requisitos del ejercicio profesional u oficio.
- Las hojas de vida evaluadas no se evidencia certificado de soporte vital y certificado de violencia sexual.

### **8.3 ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA**

Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

## **HALLAZGOS**

- Se evidencian adecuadas condiciones de orden y aseo.
- Las tomas eléctricas se encuentran en buen estado.
- Las áreas de circulación se encuentran libres de obstáculos.
- Las áreas se encuentran debidamente señalizadas.
- Cuenta con áreas de apoyo: Trabajo sucio, trabajo limpio y cuartos de aseo.
- Cuenta con sala de curaciones y sala de yesos.

- No cuenta con elementos para la prevención de incendios en todo el servicio, solo se encuentra uno en la sala de espera y con fecha de vencimiento del 2018.
- El área limpia del personal de servicios generales tiene una ventana sin vidrio y es utilizada por el personal para colocar insumos y papelería, por lo cual no cumple con área de fácil aseo y desinfección de paredes.
- En los baños de pacientes se observa el techo con pintura desgastada y grietas por humedad. No cuenta con jabón en ambos baños y faltan tapas del tanque del inodoro.
- Caneca roja en área limpia de sala de yeso con rotulo o identificación en mal estado.

#### **8.4 ESTÁNDAR DOTACIÓN**

Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

#### **HALLAZGOS**

- Dentro de los equipos evaluados se evidenció que algunos equipos (Desfibrilador, electrocardiógrafo, monitor de signos vitales) no cuentan con soporte documental tales como: factura, registro INVIMA, declaración de importación ni la evidencia para demostrar antigüedad del equipo, de igual forma se evidenció una declaración de importación que no concuerda con los datos del equipo evaluado.
- Se tienen equipos por comodato (Bombas de infusión), los cuales a pesar de contar con el contrato y estar referenciados en el mismo, solo tienen dentro de la documentación necesaria registro INVIMA.
- Dentro de la dotación necesaria para el servicio se evidencia que el consultorio en el cual se realiza el Triage no cuenta con tallímetro ni con báscula.
- No cuenta con manual de limpieza y desinfección de equipos biomédicos.
- No cuenta con Manual para uso seguro de tecnologías.

## **8.5 ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS:**

Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

### **HALLAZGOS**

- No se cuenta con un Kit de evidencia Forense.
- Los tubos para toma de muestra no se encuentran semaforizados para control de las fechas de vencimiento.

## **8.6 ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS**

Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

### **HALLAZGOS**

- Se evidencia una política de seguridad del paciente, sin embargo, no cumple con los lineamientos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, no se evidencia un proceso de socialización, evaluación y seguimiento.
- No se evidencia la resolución por parte del representante legal de la creación de equipo de Seguridad del Paciente.
- No se evidencia dentro del Programa de Seguridad del Paciente el seguimiento a los reportes de eventos, su gestión y seguimiento.
- No se evidencia el proceso de adopción, socialización, medición y seguimiento de la Guía de Buenas prácticas para la Seguridad del

paciente, haciendo referencia a los paquetes instruccionales esenciales que aplican.

- La institución cuenta con la mayoría de los procesos y protocolos de enfermería documentados, sin embargo, no se evidencia que estos fueron socializados y evaluados.
- No se evidencia que La institución cuente con protocolos y guías médicas documentadas, el personal médico refiere que estos los tiene el área de calidad, tampoco se evidencia que estos fueron socializados y evaluados.
- No se evidencia la socialización en el programa de seguridad del paciente la cual debe tener una cobertura del 90% del personal asistencial.
- No se evidencia que se tengan definidos, se monitorean y analicen los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.
- Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con las primeras causas de consulta y procedimientos más frecuentes en el servicio.
- No se evidencian actividades dirigidas a verificar su cumplimiento (adherencia a guías), ni socialización de las mismas.
- No se evidencia un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica.
- No se evidencia que los procesos, procedimientos, guías y protocolos sean conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y no se evidencia su socialización y actualización.
- No se evidencia que la totalidad de las guías clínicas institucionales estén basadas en la evidencia.
- No se evidencia que la institución cuente con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados para la administración de dichos gases.
- No se evidencia que cuente con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

- No se evidencia Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya el documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Se evidencia que existe un manual de manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, no obstante, no se evidencia un proceso de socialización y seguimiento.
- La institución cuenta con guía de aislamiento de pacientes, pero no hay evidencia física de su socialización ni al preguntarle al personal sobre la adherencia a este, en historia clínica electrónica tienen a posibilidad de realizar la correcta identificación de paciente aislado, pero no se realiza por parte del personal médico.

## **8.7 ESTÁNDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS**

Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

### **HALLAZGOS**

- Cuentan con medios electrónicos (sistema llamado “Dinámica Gerencial”), el cual garantiza la custodia y confidencialidad de los registros.
- Todo paciente cuenta con apertura de historia clínica cuando consulta por primera vez.
- Se cuenta con procedimiento de consentimiento informado y formato el cual contiene los beneficios riesgos de los procedimientos.

## **8.8 ESTÁNDAR DE INTERDEPENDENCIA:**

Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple

como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

## **HALLAZGOS**

- Se evalúa el contrato con Synlab, el cual cuenta con contrato escrito, se encuentra vigente, se evidencian procesos de atención, tiempos de atención, manejo de requisitos legales y manejo de interventorías al contrato.

## **9. LIMITACIONES Y FORTALEZAS**

### **LIMITACIONES**

No se contó con la presencia de algunos servidores funcionarios, que suministraran la información completa.

### **FORTALEZAS**

- El Hospital la María cuenta con la fortaleza de la elaboración de cuadro de turnos, en el cual se puede verificar el cumplimiento de la asistencia de los funcionarios, cambios realizados y autorizaciones por cada servicio.
- La empresa social del estado cuenta con un proceso de talento humano, donde se encargan de la selección de personal, los convenios de docencia y servicio y un procedimiento de verificación de soportes y custodia de hojas de vida.
- La empresa social del estado cuenta con un proceso de talento humano, donde se encargan de la selección de personal, los convenios de docencia y servicio y un procedimiento de verificación de soportes y custodia de hojas de vida.
- La empresa social del estado cuenta con un proceso de talento humano, donde se encargan de la selección de personal, los convenios de docencia y servicio y un procedimiento de verificación de soportes y custodia de hojas de vida.
- El servicio de urgencias se observa muy aseado ordenado y limpio.
- Pasillos amplios libre de obstáculos, con área exclusiva para el servicio de urgencia.
- Cuenta con iluminación adecuada iluminación de todo el servicio.
- Áreas señalizadas de acuerdo con la norma.
- Las tomas de corriente eléctrica en buen estado.
- Se observa adecuada separación de los residuos en las diferentes canecas del servicio.
- Es una institución que cuenta con condiciones de orden y aseo adecuadas, posee un software para el almacenamiento del historial y trazabilidad de los equipos al igual que la información de la ficha técnica y hojas de vida.

- Dentro de los equipos evaluados se observó cumplimiento respecto al mantenimiento preventivo y calibración de los diferentes equipos.
- Condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos
- Se evidencia protocolo de gestión segura de hemocomponentes, también se evidencia que el personal ha sido socializado y tiene conocimiento de este.
- Software de historia clínica electrónica que les permitiría identificar los aislamientos de paciente lo que mejoraría la seguridad del paciente y el correcto manejo de indicadores institucionales.
- Se evidencian que el personal asistencial tiene conocimiento del sistema de reporte de eventos adversos de la institución.
- El Hospital la María cuenta con la fortaleza de la elaboración de cuadro de turnos bien estructurado, en el cual se puede verificar el cumplimiento de la asistencia de los funcionarios, cambios realizados y autorizaciones por cada servicio.
- Se evidencia el manejo por parte del personal asistencial para asegurar la correcta identificación del usuario.
- Cumple el estándar de interdependencia. Cuenta con todos los servicios de apoyo a la asistencia asistencial.
- Cuentan con medios electrónicos (sistema llamado “Dinámica Gerencial”), el cual garantiza la custodia y confidencialidad de los registros.
- Todo paciente cuenta con apertura de historia clínica cuando consulta por primera vez.
- Se cuenta con procedimiento de consentimiento informado y formato el cual contiene los beneficios riesgos de los procedimientos.



## 10. CONCLUSIONES

- En términos generales, al momento de evaluar el cumplimiento de las condiciones de habilitación en el área de urgencias, se evidencia una positiva adherencia a los estándares de habilitación establecidos por la normatividad indicados en la Resolución 3100 del 2019. Lo anterior es el resultado de la aplicación del instrumento establecido por el ministerio de salud, donde se observa en su gran mayoría aspectos buenos en todos los estándares que fueron evaluados.
- Las condiciones de calidad en el servicio de urgencias de la ESE Hospital La María del Municipio de Medellín, luego de desarrollar el proceso de verificación, fueron en general buenas. Se presentaron algunos hallazgos, los cuales se pueden mejorar con el excelente trabajo en equipo que desempeña el personal de urgencias, además de un buen líder, dispuesta a sacar adelante el servicio evaluado.
- Verificando el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio farmacéutico se observa que cumple con los requisitos de normatividad con un equipo humano idóneo para la prestación del mismo, sin embargo, se encontraron algunos incumplimientos de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos y procesos prioritarios, que son necesarios ajustar lo antes posible.
- La continuidad en la realización de los comités permite mejorar procesos. Sin embargo, es recomendable realizar énfasis en lo referente al estándar de procesos prioritarios, debido a que la mayoría de los servicios de la ESE Hospital La María del Municipio de Medellín presentan incumplimientos.
- Por los resultados analizados en el presente trabajo de grado resulta de forma prioritaria que las IPS al evidenciar el incumplimiento de algunos de los siete estándares establecidos en la Resolución 3100 del 2019 generen las acciones y planes de mejoramiento correspondientes para que se garantice el cumplimiento de estos, toda vez que de no realizarlos se deberá proceder al cierre de los servicios que mantengan dichos incumplimientos.
- Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben mantener mediante el proceso de autoevaluación y auditoría interna una adecuada prestación de servicios a los pacientes, bajo los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

## **11. RECOMENDACIONES**

### **11.1 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR TALENTO HUMANO**

- Completar documentos faltantes en hojas de vida de cada empleado, para dar cumplimiento a lo exigido en la norma.
- Gestionar un archivo central en la ESE Hospital la Maria, donde reposen todas las hojas de vida completas de los funcionarios del servicio de urgencias.
- Elaborar el documento de capacidad instalada y de suficiencia de personal, el cual debe reposar en el área de talento humano y en calidad.

### **11.2 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA**

- Equipar con extinguidores o extintores de incendio en todo el servicio de urgencia.
- Cubrir el hueco del área de insumos del personal de mantenimiento que para cumplir con el fácil aseo y desinfección de paredes.
- Se sugiere colocar otra estantería que permita ordenar los insumos adecuadamente.
- Habilitar área de almacenamiento de equipos médicos adecuada y desocupar el área de trabajo limpio donde estos se encuentran actualmente.
- Hacer mantenimiento y pintura en los baños de pacientes y colocar jabón antiséptico en ambos baños y tapas faltantes del tanque de los inodoros.
- Hacer mantenimiento a los gabinetes en general.
- Colocar nuevo rotulo de identificación a la caneca roja en área limpia de sala de yeso.
- Asignar y habilitar área delimitada para cilindros o balas oxigeno portátil. O solo contar con las que el servicio requiera.

### 11.3 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA E HISTORIA CLINICA Y REGISTROS

#### ✓ ANEXOS 1

- Área de trabajo limpio en sala de yeso con insumos y equipos médicos





- Área limpia del personal de servicio generales



- Asinamiento de cilindros o balas de oxígeno portatil



- Baños de pacientes sin las tapas del inodoro y no cuenta con jabon antiséptico.



- Caneca roja con rotulo en mal estado en el area limpia de sala de yeso



- Gabinetes con puertas en mal estado.



#### **11.4 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR DOTACIÓN- MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS**

- Se recomienda completar las hojas de vida de los equipos biomédicos con los faltantes exigidos tales como: Factura, declaración de importación y registro INVIMA o evidenciar que es un equipo adquirido antes de la entrada en vigencia de dicho registro.
- Realizar el diseño de los manuales faltantes.
- Los documentos propios de un servicio deben reposar dentro del área encargada de su uso e implementación.
- Se sugiere realizar socialización para que el personal tenga conocimiento claro de las condiciones y equipos con los cuales cuenta la institución.



✓ ANEXOS 2

Nombre: Samuel Escudero  
C: 3620103 EDAD: 88 años  
INGRESO: 19/02/20  
RC: M UPP: M AA: - TRIAGE: II  
ESPECIALIDAD: Urología

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ingreso: \_\_\_\_\_  
RIESGO: R/C R/UPP A  
TRIAGE: \_\_\_\_\_  
Cual? \_\_\_\_\_  
CON AMOR POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

**10 Correctos de Medicamentos**

- Paciente - correcto
- Medicamento - correcto
- Dosis - correcta
- Hora - correcta
- Vía - correcta
- Fecha de vencimiento vigente - correcta
- Instrucciones e información - correctas
- Indague en forma correcta sobre alergias
- Normas de Seguridad - correctas
- Registro - correcto

**5 Momentos del Lavado de Manos**

- ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
- ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA
- DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES
- DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
- DESPUES DE CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

HOSPITAL LA MARÍA

**PROTOCOLO PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Alcohol

HOSPITAL LA MARÍA

FC: 30-03-19 6:00 Aux Enfermería



## **11.5 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS**

- Realizar grupos primarios con el personal de enfermería mensual, socializar y evaluar cada uno de los procesos prioritarios.
- Realizar grupos primarios médicos para socializar y definir estadísticas del perfil epidemiológico y así poder identificar los riesgos en el servicio de urgencias.

## **11.6 RECOMENDACIONES ESTÁNDAR INTERDEPENDENCIA**

- En el servicio de ambulancia en urgencias deben mantener un instructivo para manejo de medicamentos.
- Buscar una zona de sombra para parquear la ambulancia medicalizada, con el fin de no afectar los medicamentos que están dentro de esta.
- Quitar los sellamientos de los cubículos de medicamentos de las ambulancias medicalizadas.
- No se deben tener los cajones para medicamentos y dispositivos médicos sellados, debe evaluarse como será el proceso para la implementación de los controles

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. “Kerguelen Botero - 2008 - Calidad en salud en Colombia los principios.pdf”. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf> (3 de marzo de 2020).
2. Marco normativo de lo general SOGC a lo específico SUH.
3. “DECRETO 2174 DE 1996”. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1761211> (4 de marzo de 2020).
4. Quirós Arango H. (2020). Documento reseña del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud). Enseñanza, profesores y universidad. Universidad Cooperativa de Colombia.
5. “Páginas - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)”. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx> (4 de marzo de 2020).
6. “Páginas - Sistema Único de Habilitación”. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx> (4 de marzo de 2020).
7. “Resolución 1043 2006 .pdf”. <https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/resolucion%201043%20006.pdf> (4 de marzo de 2020).
8. “Resolución-1441-de-2013.pdf”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf> (4 de marzo de 2020).
9. “Ministerio de Salud y Protección Social”. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:s0kHZsnc5TwJ:legal.legis.com.co/document.legis%3Ffn%3Dcontent%26docid%3Dlegcol%26bookmark%3Dbf14b02ec48a40149408adfe64d170aee24nf9%26viewid%3DSTD-PC+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=co> (4 de marzo de 2020).