ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

INFORMACIÓN VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A INSTITUCIONES						
Nombre de la IPS	RED DE SALUD SURORIENTE E.S.E. CALI					
Representante legal	CARLOS EDUARDO ARIZABALETA					
Dirección	Cra. 43 # 39a - 00					
Teléfono						
E-mail						
FECHA DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA	**Día:**	14	**Mes:**	abril	**Año:**	2021
FECHA DE ENVIO DEL INFORME EJECUTIVO	**Día:**		**Mes:**		**Año:**	

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

INTRODUCCION

La Secretaria de Salud Pública Municipal en su competencia de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud, ha brindado acompañamiento continuo desde el año 2014 en el fomento del mejoramiento continuo de los procesos en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Saluda partir de la identificación de desviaciones e incumplimientos, amparados en la normatividad vigente, lineamientos y necesidades de la organización.

Conforme lo anterior y dando continuidad en el proceso de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud, se realizó el proceso de visita de Inspección y Vigilancia a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lineamientos, orientaciones, guías, etc.

OBJETIVO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

Evaluar la prestación de servicios de salud en las IPS públicas y privadas, fomentando la mejora continua de los procesos, creando en el cliente interno y externo experiencias positivas entorno a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud de Santiago de Cali.

ALCANCE DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

IPS públicas y privadas de Santiago de Cali que hacen parte de la red de prestadores de las EAPB que rigen en el Municipio.

RESULTADOS DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA POR COMPONENTE EVALUADO

PAMEC

FORTALEZAS: La Red de Salud Suroriente cumplió con el reporte de circular 012/2016 PAMEC, reporte del 27/02/2021 a las 13:33 HS.

La Empresa Social desarrolló actividades de capacitación teórica a los miembros de los equipos de mejoramiento donde se profundizó el proceso para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC.

Así mismo, se elaboró y ejecutó el cronograma para formular y desarrollar el PAMEC, con los tiempos necesarios de desarrollo del ciclo correspondiente al año 2020. En el se definieronqué estándares realizaría en su proceso de mejoramiento, el equipo organizacional que realizó la

autoevaluación, los instrumentos y papeles de trabajo con los que realizaron la autoevaluación.

Se evidenciaron las oportunidades de mejoramiento encontradas en las reuniones de trabajo y elaboraron el informe final de autoevaluación, mediante actas que dieron soporte a dicha autoevaluación. De igual forma, se reconocieron las oportunidades de mejora en la autoevaluación realizada y las confrontaron con los diferentes procesos a los cuáles pertenecían.

La metodología validada de priorización de procesos se ha ido ajustando con los cambios definidos en la norma, los criterios para la priorización de las oportunidades de mejoramiento ó los estándares autoevaluados. En ella fueron establecidos los criterios para la priorización de las oportunidades de mejoramiento y los estándares autoevaluados. Aplicaron la priorización de las oportunidades de mejoramiento y estándares de las normas seleccionadas; definieron la calidad deseada para cada uno de los estándares y oportunidades de mejora priorizadas; y desarrollaron el ajuste de algunos indicadores con sus fichas e instrumentos para su operativización en la medición de los indicadores.

Con esta metodología, se obtuvieron los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificados y con base en su autoevaluación.

Se definió la calidad deseada para cada uno de los estándares y oportunidades de mejora priorizadas de acuerdo con los parámetros normados a nivel nacional. Con esta información se han desarrollado indicadores con sus fichas e instrumentos que operativizan la medición de los indicadores con el último ajuste en 2020.

La Red de Salud Suroriente cuenta con un programa y procedimiento de auditoría para realizar la medición para el 2021y que fue aplicado en el ciclo del 2020, según procedimiento con código M-CMGC-002 V 0.7 de 2020; verificado en repositorio ARCHIWEB de la ESE. Al revisar este procedimiento se encontró que es muy resumido y no respondía a las preguntas de la medición: ¿para qué?; qué?; cómo?, ¿cuándo?; dónde?; con qué?; quiénes?.

En el mismo documento, se definió el equipo organizacional que realizó la medición. No se describieron en la metodología de trabajo los instrumentos y papeles de trabajo diseñados, pero dichos papeles e instrumentos se evidenció que se han diseñado y diligenciado en forma efectiva dentro del proceso del PAMEC en el ciclo 2020 y fueron utilizados para realizar la medición menciona.

En su ciclo del año 2020 contó con la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento, lo cual pudo evidenciarse; este proceso se adelantará en forma similar para 2021. Aún no se cuenta con el cronograma para

continuar con la ejecución de acciones de mejoramiento en el 2021.

Para los indicadores, cuentan con ficha e instrumento de operativización. Se adoptaron los indicadores de 2019 y se agregaron dos (2) asistenciales. Se modificaron dos (2) en estándar 121. En relación con Gerencia de la Información creó un (1) indicador. Y en el estándar 133 se creó uno (1) nuevo por Gestión de la Tecnología.

En 2020 se tuvieron nueve (9) oportunidades de mejora; se iniciaron las nueve (9), se ejecutaron siete (7) en forma total; una(1)tuvo cumplimiento del 80% y una (1) se ejecutó en el 60%, quedando estas dos últimas para programación de trabajo en 2021.En el PAMEC del ciclo 2020 se cumplió el 77.8%.Para 2020 por la pandemia se presentaron barreras económicas principalmente para lograr el cumplimiento de las acciones pendientes. Para cerramiento de brechas, no se realizaron planes de choque.

En el PAMEC 2019 se incluyó la auditoría de la calidad en la atención del paciente con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Dengue lo que se evidenció y quedó como mejora establecida para el 2020, lo cual se verificó con la consulta de los canales endémicos de la Red de Salud; la revisión en auditoría de historias clínicas de estas dos patologías, además en informe de seguimiento de PAMEC 2019.

Con resultados del 2020 se realizaron capacitaciones presenciales y virtuales. Para 2021 se han reanudado reuniones de capacitación sobre resultados y mantenimiento de mejoras, en forma presencial.

La ESE Suroriente cuenta con aplicativo ARCHIWEB donde colocan los instrumentos, procesos, procedimientos, manuales, protocolos, guías de manejo, entre otros donde se hizo trazabilidad de los cambios realizados en PAMEC.

OBSERVACIÓN 1 : No se evidenció la estructura, proceso y resultado pertinente para la realización de la medición inicial; aunque se ha realizado.

OBSERVACIÓN 2 : No se evidenció todavía la inclusión de las dos oportunidades de mejora con sus acciones pertinentes para dar cierre al PAMEC 2020.

OBSERVACIÓN 3 : No se evidenció descripción de instrumentos y papeles de trabajo en forma pertinente en la metodología del PAMEC para la Red de Salud Suroriente; aunque se han elaborado y utilizado en años anteriores.

OBSERVACIÓN 4 : No se evidenció descripción de planes de choque para los procesos de PAMEC sucesivos y así dar cumplimiento de las acciones que muestren retardo en el cumplimiento.

OBSERVACIÓN 5 : No se cuenta por parte de Calidad en coordinación con Comunicaciones de la ESE, de un Plan de Comunicaciones específico para hacer conocer los resultados de PAMEC por las partes interesadas de la institución.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

FORTALEZAS: Se realizó inspección y vigilancia de seguridad del paciente a la ESE sur oriente, se evaluaron nueve ÍTEMS donde se dio cumplimiento a los siguientes:La institución realizó rondas de seguridad del paciente No COVID 19 y pacientes con diagnóstico de COVID 19, para medición de adherencia de prácticas seguras e identificación de acciones inseguras. Se evidencio el monitoreo y análisis de los indicadores que evalúan el programa de seguridad del paciente. Se evidenció retroalimentación de los resultados del análisis de reporte de eventos adversos, indicadores del programa y demás estrategias implementadas. La institución contó con estrategias de información y comunicación al paciente, familia y cuidadores, se verificó las estrategias implementadas en el segundo semestre del 2020 para socializar y verificar las prácticas seguras de higiene, lavado de manos, y la utilización de los elementos de protección personal, (tapabocas, guantes y gafas/careta).la institución realizó ronda y verificar la utilización de elementos de protección personal. La institución realizó consolidación de la información y se evidencia análisis y gestión de los reportes presentados en la institución, con su respectivo informe consolidado del análisis y gestión de los reportes presentados en la institución en el segundo semestre del año 2020, donde se relacionen: Número de reportes de fallas en la atención en salud, número de reportes gestionados, tipo de clasificación de eventos adversos y top 5 de eventos adversos.la institución contó con un programa de formación del personal en temas de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución con una cobertura pero tiene cumplimiento está 95% (2020). La institución establece una comunicación asertiva con los familiares de los pacientes con diagnóstico de COVID 19 que se encuentran hospitalizados aislados, pero se evidencia el reporte en la historia clínica la información de con qué familiar se le suministró la información.

ESTRATEGIA PRASS

FORTALEZAS: La ESE Suroriente dispone de documento denominado procedimiento de pacientes sospechosos COVID-19 en el que se incluyen todas las acciones de la estrategia PRASS. Así mismo, está realizando mapa de las comunas en las que se están presentando ma número de casos siendo el barrio Antonio Nariño el que tiene el mayor número de casos.

Mediante el uso de herramientas tecnológicas, la ESE evidenció la identificación y captación de

casos sospechosos, positivos y contactos estrechos realizando el diagnóstico oportuno y seguimi a estos mediante seguimientos telefónicos.
Actualmente la ESE Suroriente está teniendo una oportunidad para la toma de muestras antigénic PCR de manera inmediata; para el procesamiento de muestras se está para antígenos en el Hos Carlos Carmona Montoya y para PCR se están enviando a Synlab, Asoclinic, Sura, Lorena Bejar Sebastián de Belalcázar y Laboratorio de Salud Departamental.

Respecto a la información consolidada del primer trimestre de 2021 de los casos presentados en e área de influencia, la ESE Suroriente tiene 94 casos activos, 4642 usuarios recuperados, 180 usuarios fallecidos, 7 usuarios hospitalizados, 9 Usuarios en Unidad de Cuidados Intensivos usuarios en manejo domiciliario.

En relación con la tasa de positividad presentada en la ESE Suroriente, se encuentra entre

13% y 14%. Así mismo se realizó trazabilidad a usuarios contacto índice y contactos estrechos

desde el inicio de síntomas hasta el seguimiento realizado por la IPS se revisaron 3 casos con respectivos contactos

OBSERVACION 6 : La ESE Suroriente no está realizando seguimiento a casos positivos de población no asegurada en aplicativo SegCovid.

OBSERVACION 7 : No se evidenció afiliación del caso CC 1144065119 mediante el sistema de afiliación transaccional o afiliación por oficio.

OBSERVACION 8 : En la revisión de los casos con CC 1005891815, CC 31947286, CC 1144175808 no se evidenció registro de números de identificación de los contactos estrechos para seguimiento.

INDICADORES DE CALIDAD Y URGENCIAS

FORTALEZAS: Durante la visita de inspección y vigilancia se evidencio que la IPS asigna las citas de Medicina General sin exceder los 3 días hábiles lo cual se verifico a través del indicador y revisión de agendamiento; al revisar las agendas para la asignación de citas de medicina especializada Medicina Interna, Ginecologia, Obstetricia, Cirugía General se logro evidenciar oportunidad según los tiempos establecidos, A EXCEPCION DE Pediatria que aunque según el indicador cumple con los tiempos al revisar el agendamiento no tenia oportunidad de asignación de citas.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

Se verifico que cuentan con el actas del comité de historias clínicas, el resultado de la auditoria de calidad a las historias clínicas, el análisis, la intervención y el seguimiento realizado al cierre de las acciones de mejora, se verifica resultados de la auditoria de historias clínicas mayor al 90% de cumplimiento y buen diligenciamiento, sin embargo para Dengue esta en 88% con respecto a una meta del 80% lo que aunque esta en cumplimiento es muy baja adherencia a la guía de dengue dado que estamos en una ciudad endémica.

Se evidencio que la entidad cuenta con indicador formulado durante la pandemia para medir la gestión de los diferentes servicios y realizar fortalecimiento de los mismos, el cual es: indicador pacientes covid, con ficha técnica de medición de N° de pacientes covid / total de paciente remitidos por la ESE.

La IPS tiene definidas las metas y realiza la medición, análisis y gestión de las desviaciones de los resultados para cada uno de los indicadores de calidad (efectividad, seguridad y experiencia en la atención), así como los indicadores del servicio de urgencias. A continuación se relacionan los indicadores revisados con sus respectiva meta y resultado.

Red de Salud del Suroriente		
Indicador (periodo oct – dic 2020)	**Meta**	**Promedio**
Tasa de Caidas en Consulta Externa	0	0
Tasa de Caidas en Urgencias	0.2	0
Tiempo de espera para consulta de Medicina General	3	0,81
Tiempo de espera para consulta de Odontología General	3	1.52
Tiempo de espera para consulta de Pediatría	5	3.72
Tiempo de espera para consulta de Obstetricia	5	2.6
Tiempo de espera para consulta de Medicina Interna	30	7.9
Satisfacción Global del usuario	90%	93,8%
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente	30 mín	22.1 mín

clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias		
Demanda no atendida en el servicio de urgencias	10%	4%
Estancia Prolongada en Urgencias	10%	3%
Proporción de reingreso de pacientes por la misma causa en menos de 72 horas al servicio de urgencias	0,03%	0%
Tasa de reingreso de pacientes por la misma causa a hospitalización en menos de 15 días.	0,03%	0%
Tiempo de espera entre la orden de internación del paciente en urgencias y el traslado efectivo a la cama hospitalaria:	6 horas	2 horas

OBSERVACION 9 : No se evidencia oportunidad en la asignación de cita de medicina especializada Pediatría.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

FORTALEZAS: se evidenció que la ESE Suroriente cuenta con documento de referencia y contrarreferencia, dispone de un flujograma en el cual establece la ruta para el direccionamiento de pacientes con patologías comunes, así mismo dispone de una ruta para la atención de pacientes con COVID 19.

Dispone de una base de datos la cual consta datos básicos de, pacientes, asegurador, funcionario quien registra las remisiones, diagnóstico, código de la remisión. Datos de la solicitud de la ambulancia, llegada y salida del paciente a otra institución de salud. En el momento dispone de base de datos de los meses enero, febrero y marzo de 2021, en el mes de enero en el servicio de urgencias, se realizaron 101 remisiones (de los cuales 15 son por COVID-19 entre diagnóstico y sospechoso), en el mes de febrero se remitieron 90 (de estos 14 fueron por COVID-19 diagnóstico y sospechoso), en el mes de marzo se realizaron 123 remisiones de las cuales 13 pacientes fueron por COVID-19.

La Institución a la cual más se remiten los pacientes en el Hospital Universitarios del Valle “Evaristo García”, Hospital Isaías Duarte, Hospital de San Juan de Dios, Mario Correa Rengifo, el diagnostico por el cual son remitidos el mayor número de dolor abdominal, 2.Trauma por heridas,

aborto espontáneo, anemia, disnea, 3. Dolor precordial 4 disnea. IPS de aceptación. HUV, Clínica Colombia, Clínica Remedios Hospital Mario Correa, Isaías Duarte Cancino, Hospital de San Juan de Dios.

La oportunidad de la referencia en la institución se encuentra en la oportunidad de referencia en enero 229 minutos (3.8 horas), febrero 210 minutos. (3.5 horas), en marzo 137 minutos (2. 2 horas).

Pacientes remitidos de las ESE a otras IPS de mayor complejidad, en enero las urgencias vitales fueron 12 remitidos, febrero fueron 12 remitidos, en el mes de marzo 18 pacientes remitidos como urgencia vital, los diagnósticos aceptadas como vitales, Accidenté cerebro vascular, insuficiencia respiratoria, infarto de miocardio, angina inestable.

El número de pacientes recibido en 17 pacientes en desescalonamineto, los principales diagnósticos son: infección vías urinaria, (urología), orquiepididimitis, neurosifilis (3 casos), cirugía postoperatorio apendicetomía. Medicina Interna ACV isquémico, Insuficiencia cardiaca.

GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

FORTALEZAS: Se evidencio que la Red de salud del suroriente dispone de registro de control de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, realizaron análisis de las principales causas y determinaron planes de mejoramiento, identificaron y realizaron articulación con las Entidades administradoras de planes de beneficios para dar trámite a PQRSF de su competencia, cuentan con encuesta de satisfacción, realizaron su respectiva retroalimentación a talento humano y a usuarios mediante carteleras informativas, determinaron no realizar planes de mejoramiento debido a que la encuesta cuenta con el porcentaje dentro del umbral permitido por calidad y realizaron consolidados mensual y anual de personas afiliadas directamente por la Ese suroriente sistema general de seguridad social en salud.

OBSERVACION 10 : No se evidencio cumplimiento en el indicador de oportunidad de la respuesta a las PQRSF, el cual se encuentra dentro del estándar definido por la normatividad.

PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

FORTALEZAS: Se realizo inspección y vigilancia del componente de elementos de bioseguridad a la Red de salud suroriente Hospital Carlos Carmona Montoya, se realizo recorrido donde se evaluó la adherencia del personal colaborador asistencial y administrativo a el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad de acuerdo a la resolución 1155 del 14 de julio del 2020.

OBSERVACION 11 : No se evidencio en salas de espera del hospital señalización en sillas para

distanciamiento físico de los usuarios, no cuentan con imágenes alusivas para el uso de tapabocas dentro de la institución.

OBSERVACION 12 : No se evidencio al ingreso de consulta externa y urgencias direccionamiento por parte de los guardas de seguridad para la realización de la higiene de manos de los usuarios ni el buen uso del tapabocas antes del ingreso de los usuarios a la institución.

OBSERVACION 13 : No cumplen con ruta para destino final de los elementos de protección personal, se observo la bolsa roja sin cerrar con elementos de protección personal dentro de la U.T.A y la puerta abierta.

OBSERVACION 14 : No cumplen con los tiempos en el agendamiento de citas médicas para generar espacios de la desinfección de consultorios y equipos médicos de los servicios de medicina general.

MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

FORTALEZAS: Se pudo evidenciar la realización de los mantenimientos preventivos y calibración en los equipos biomédicos, adicionalmente se logró evidenciar el óptimo manejo de los equipos por parte del personal asistencial gracias a las capacitaciones brindadas por parte del área de ambiente físico.

PACIENTE TRAZADOR

FORTALEZAS: Se realizó inspección y vigilancia de Paciente Trazador a la ESE SUR ORIENTE con trazabilidad realizada el día 14 de abril de 2021. Se evaluaron 4 ITEMS, Donde se dio cumplimiento a los siguientes: la información suministrada en la historia clínica del paciente identificado con documento TI: No. 1111546423, con los datos completos de identificación del paciente anamnesis y examen físico se evidencio oportunidad de la atención entre el ingreso al triage y la atención de consulta médica paciente ingreso a las 12:46 pm le dieron triage 3 y fue atendido a las 01:15 pm además se evidencio el manejo del tratamiento de acuerdo a lo definido en las guías institucionales y una atención pertinente y continua por parte de la especialidad tratante y donde se garantizado la continuidad para la realización de las ayudas diagnósticas requeridas por el paciente y los resultados de las ayudas diagnósticas han sido oportunamente reportados, además se verifico en historia clínica realiza demanda inducida de pacientes a

Programas joven.

En la entrevista con paciente y familiar refieren que ha recibido información sobre sus derechos y deberes al ingreso a la institución y además el paciente refiere que constantemente el personal asistencial está pendiente que las barandas se encuentren arriba, paciente refiere que el personal de enfermería atiende su llamado oportunamente y que antes de hacerle su procedimiento le informaron sobre los riesgos y beneficios del mismo, además refiere que la atención es muy buena, en la entrevista con los colaboradores tiene conocimiento de la misión y visión institucional, refieren educación continua en su puesto de trabajo e inducción general, conocen el plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro y Demuestra conocimiento claro sobre la segregación de diferentes tipos de residuos y Conoce los 5 momentos de higiene de manos, además conoce la guía de la patología del paciente y/o los procedimientos de enfermería y sabe cómo acceder a ellos, en el recorrido por los servicios se evidencio el área se encuentra en óptimas condiciones de aseo y limpieza, se evidencio en el área de hospitalización señalización para la evacuación en caso de emergencias, además se evidencio en el servicio de hospitalización los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, y rotulados y con fecha de vencimiento del 15 de abril del 2021.

Se observan buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos e insumos al igual el carro de paro cumple con los lineamientos necesarios para garantizar atenciones seguras y la nevera del servicio de Observación para el almacenamiento de insumos asistenciales cuenta con registro de temperatura y humedad, se evidencio paquetes de materiales estériles que se encuentran en el servicio presentan fechas de vencimiento vigentes, se evidencio que el personal utiliza debidamente los elementos de protección personal y cuenta con elementos necesarios para cumplir con los procedimientos de higiene de manos, se evidencio Extintores en el servicio, gabinete de incendios con fecha de vencimiento diciembre del 2022. Se revisaron en conjunto con la ingeniera biomédico 3 equipos que se encontraban en el servicio de hospitalización los cuales fueron: Monitor 7060, electrocardiograma 5665, Desfibrilador 7481.

Como fortalezas expresadas por los funcionarios: trabajo en equipo, compromiso y actitud, La institución cuenta con calidez humana.

OBSERVACION 15 : La Red de Salud en relación con los Procesos Prioritarios, no se evidenció Correcto diligenciamiento de Manilla del paciente TI N°1111546423 cama 4 en el área de hospitalización.

OBSERVACION 16 : En la Historia Clínica TI N°1111546423 no se evidenció la nota médica de ingreso al servicio de la hospitalización el 14 de abril de 2021.

OBSERVACION 17 : En relación con Interdependencia de Servicios se evidenció que el tiempo

de permanencia del paciente TI N°1111546423 en el servicio de urgencias con orden de hospitalización fue de 7 horas y 27 minutos antes de ser subido al servicio de hospitalización.

OBSERVACION 18 : En la Red de Salud, en el componente de entrevista con el paciente y su familia, refiere que no brindaron información sobre su diagnóstico, tratamiento y tampoco informa cuando realiza la administración de los medicamentos que le están suministrando.

OBSERVACION 19 : En el componente entrevista con el colaborador Se evidenció con el personal asistencial presentan confusión en los términos de evento adverso, incidente y complicación.

OBSERVACION 20 : En la Red de Salud, en el componente de Recorrido por los Servicios, no se evidenció un plan de manejo en el nuevo código de colores para separación de residuos (Resolución 2184 de 2019).

OBSERVACION 21 : En la Red de Salud, en el componente de Recorrido por los Servicios, no se cuenta con facilidades estructurales para salvaguardar las pertenencias de los clientes internos.

OBSERVACION 22 : En el componente de Recorrido por los Servicios, no se evidenció manilla completa y correctamente diligenciada del paciente TI N°1111546423.

PROGRAMAS:

CONTROL PRENATAL:

FORTALEZAS: Para hacer la inspección y vigilancia en el Programa de Control Prenatal, se diligencia la “Lista de chequeo Ruta Materno Perinatal para CPN” en la cual podemos mencionar algunas fortalezas relacionadas con la educación a las gestantes en la sentencia C-355 de 2006 y que se tiene implementado el proceso de atención en IVE, en la institución. Se pudo evidenciar registro en la HC de antecedentes vacúnales de la paciente gestante. Además, se pudo evidenciar la asistencia de las pacientes a las consultas de psicología y odontología.

Por lo anterior, las observaciones para el programa de Control Prenatal, serían:

OBSERVACION 23: En la primera consulta de control prenatal, no se evidencia identificación de factores protectores y de riesgo (Escala de Herrera y Hurtado) y se envía calcio a las 6.6 semanas de gestación (se debe iniciar a las 14 ss).

OBSERVACION 24 : En la consulta de control prenatal de seguimiento no se cumple pues, no se evidencia en la historia clínica, si se tomó ecografía de detalle anatómico entre las semanas 18 y 23.6 de gestación. Además, las pacientes a partir de la semana 37, no vuelven a control institucional sino que tienen controles en la IPS de atención del parto según la que se defina por parte de la EAPB.

OBSERVACION 25 : No se evidencian registros de realización de curso para la maternidad y paternidad, de manera virtual o presencial.

OBSERVACION 26 : No se evidencia consulta por nutrición, pese a que la paciente estaba clasificada como ARO por obesidad.

OBSERVACION 27 : No se evidencia seguimiento a la inasistencia de la paciente a la consulta de nutrición.

SEGURIDAD OBSTÉTRICA:

FORTALEZAS: En el Servicio de Partos del Hospital Carlos Carmona Montoya se diligenciaron dos instrumentos, el primero, la “Lista de chequeo de insumos para el Kit de manejo de la emergencia obstétrica "a través de la cual se realizó la verificación de cantidad y fechas de vencimiento de insumos y medicamentos; en la revisión se evidencia que el kit se encuentra completo.

Seguidamente, se diligencia la lista de chequeo “Instrumento de evaluación para el mejoramiento de la calidad en la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de baja complejidad” y teniendo en cuenta los procesos observados, se evidenció lo siguiente:

Como fortalezas podemos anotar que el kit de emergencia obstétrica se encuentra completo; en cuanto a los procesos de ingreso, admisión de la paciente, oportunidad en la atención, hemorragia, preeclampsia y eclampsia, sepsis, remisión y seguridad clínica, se cumplen en su totalidad; la sala de partos cuenta con un (1) monitorfetal, una (1) bomba de infusión y dos (2) monitores de signos vitales.

Con respecto a las debilidades encontradas en este servicio de partospodemos mencionar que:

OBSERVACION 28:No se evidencia un plan específico para la inducción del personal nuevo en el servicio de partos, para la atención integral de la emergencia obstétrica. El Dr. Carlos Hurtado refiere que el personal de salud no es exclusivo para sala de partos sino que rota por hospitalización y urgencias según necesidad.

OBSERVACION 29 : No se evidencia que realicen reuniones periódicas de todo el grupo de médicos y enfermeras del servicio de partos, para la revisión de las guías de manejo médico y quirúrgico. Se evidencia programación de un tema (trastornos hipertensivos del embarazo) en todo el año 2021.

OBSERVACION 30 : No se evidenció el protocolo de tromboprofilaxis.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES:

FORTALEZAS: Evidenciando que la ESE cumple con los siguientes criterios:

- Solicitan paraclínicos al ingreso del programa
- Clasifican el riesgo
- Realizan seguimiento a los factores de riesgo detectados
- Identifican al paciente fumador
- Se evidencia en la HC remisión a tratamiento no farmacológico, se sugiere mejorar la oportunidad de acuerdo al factor de riesgo detectado
- Hay constancia de la educación individual en Estilos de Vida Saludables
- Se evidencia prescripción de medicamentos en la consulta medica
- Se evidencia medición de la adherencia al tratamiento farmacológico
- Se evidencia toma de presión arterial y medidas antropométricas
- Se evidencia control anual de paraclínicos
- Se realiza evaluación de estadio clínico de función renal
- Realizan control anual con especialistas
- Cumplen con las metas de control del paciente hipertenso.
- Se evidencia remisión al prestador complementario si detectan lesión de órgano blanco

OBSERVACION 31: No hay evidencia en la historia clínica de tamizaje para la valoración del riesgo cardio vascular conoce tu riesgo y peso saludable.

OBSERVACION 32 : No hay programa de cesación de tabaco.

OBSERVACION 33 : No tienen base de pacientes fumadores.

OBSERVACION 34 : En el manejo integral del paciente por el equipo multidisciplinario solo se evidencia el manejo por enfermería

FORTALEZAS : ASPECTOS QUE CUMPLE EN EL PROGRAMA DE DIABETES

- Se evidencia solicitud de exámenes de laboratorio según la norma, para el ingreso de los

pacientes al programa de Diabetes (glucosa en suero, curva de tolerancia a la glucosa y hemoglobina glicosilada)

- Clasifican el riesgo metabólico y realizan seguimiento.
- Realizan remisión al tratamiento no farmacológico, se sugiere mejorar la oportunidad de acuerdo al factor de riesgo detectado
- Identifican al paciente fumador
- Se evidencia educación individual en Estilo de Vida Saludable y estrategia 4x4
- Se evidencia evaluación de miembros inferiores en búsqueda de pie diabético
- Se evidencia control de hemoglobina glicosilada de acuerdo a la norma
- Realizan medición de la adherencia al tratamiento farmacológico
- Se evidencia prescripción de medicamentos en la consulta medica
- Se evidencia toma de presión arterial y medidas antropométricas
- Remiten al prestador complementario cuando identifican lesión de órgano blanco
- El equipo interdisciplinario realiza manejo integral del paciente diabético
- Se evidencia control anual por especialistas según RIA de DM

OBSERVACION 35 : No realizan tamizaje para la valoración del riesgo cardio metabólico conoce tu riesgo y peso saludable.

OBSERVACION 36 : No tienen programa de cesación de tabaco.

OBSERVACION 37 : El paciente no se encuentra en metas de control de hemoglobina glicosilada según los indicadores trazadores del programa.

TUBERCULOSIS, DETECCIÓN OPORTUNA Y ATENCIÓN DE CÁNCER.

FORTALEZAS: Resaltar la referente de Cáncer y la Subgerencia Científica el compromiso e interés en mejorar las metas y establecer los planes de mejoramientos según las Asistencias Técnicas previas. Además de la pro actividad en el seguimiento a los usuarios cuando no están en su nivel de atención, a pesar de no tener retroalimentación de la Red prestadora de la EAPBS.

Cuenta con BD que permiten verificar los indicadores de trazabilidad, coberturas y oportunidad en las diferentes rutas RIAMPS.

La IPS cuenta con la Implementación de la Ruta de Navegación del Cáncer de Cérvix, según el

Plan Decenal (PDCCC 2012 – 2021) y la Resolución 3280 del 2018, con un cumplimiento del 84% según los (5) canceres priorizados y los Lineamientos técnicos e implementación de la Resolución 3280 del 2018. Ha establecidos planes de mejora con respecto a la AT técnica en cáncer del año 2020 el cual estaba en un 30% de cumplimiento.

Se solicita BD de la Red Sur Oriente para escoger 3 pacientes de canceres priorizados para revisión de ruta integral, para paciente trazador.

Se realiza trazabilidad de 2 pacientes encontrando oportunidad en la toma de estudios diagnósticos, atención consulta médico general y especialista y la intervención dx, BX y tratamiento.

a) Ca Cérvix, Marlyn Parra Yuele, CC 1144165675,

b) Ca Próstata, Carlos Perdomo Cifuentes, CC 16640176,

c) Ca mama B3, Consuelo del Socorro Pinzón Arango, CC 22433930

OBSERVACION 38 : La ESE Sur Oriente debe Implementar una estrategia en los Canceres en menores de 18 años, que permita fortalecer la estrategia AIEPI en la Rta de atención según su nivel de atención y retroalimentación de la EAPB y Red prestadora.

OBSERVACION 39 : debe implementar un seguimiento a la Red Centro, en el reporte mensual y oportuno de las usuarias inasistentes o de no contacto al procedimiento a colpo/Biopsia, se evidencio envió de información 2019 enviada en noviembre del 2020 y la del 2020 enviada en febrero del 2021 lo que interfiere la ruta en un pérdida de tiempo y oportunidad dx y tratamiento oportuno.

Tuberculosis

FORTALEZAS :

Se resalto el compromiso y gestión por parte de la profesional responsable del programa y auxiliar las actividades de organización, seguimiento y gestión programática en los pacientes de la ESE y en todas las actividades pueden ser desarrolladas directamente por ellos.

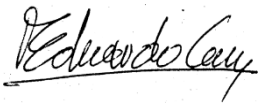
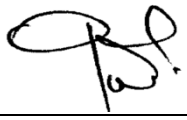
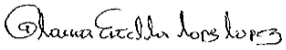
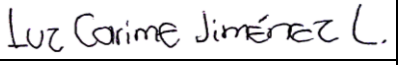
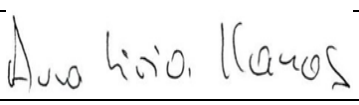
OBSERVACION 40 : Se evaluó talento humano y se evidencio que no cumplen con profesional médico y de enfermería.

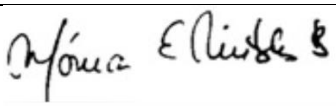
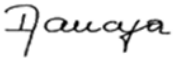
ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

Nombre	**Firma**	**Cargo**
Eduardo Cruz Fernández		Coordinador grupo Visita de Inspección y Vigilancia
Óscar Fernando Gómez Palencia		Contratista
Oscar Eduardo Marín		Contratista
Anghy Rojas Sierra		Contratista
Gloria Estella López López		Contratista
Luz Carime Jiménez		Contratista
Gilian Camacho Ramírez		Contratista
Isabel Bertín Ruiz		Contratista
Herman Steven Escobar Medina		Contratista
Luz Dary Plaza Meneses		Contratista
Aura Ligia llanos Ramírez		Contratista

Mónica Niebles		Contratista
Adaljiza Amaya Chaverra		Contratista

4. ANEXOS

ANEXO 1:
FORMATO PARA ELABORACION PLAN DE MEJORAMIENTO