ACTA DE VISITA

Recolección de la información para:	DOPS – DADIS Auditoría de la Calidad en la prestación de servicios de salud
Nombre de la Institución	ESE Hospital local Cartagena de Indias – Centro de Salud Olaya Herrera
Fecha y hora	18 de diciembre 2024, 09:00 am
ciudad	Cartagena
lugar	Centro de Salud Olaya Herrera

TEMAS TRATADOS

OBJETO DE LA VISITA

Evaluar las características de la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud contempladas en el DUR 780 de 2016, con el fin de identificar los aspectos con los que cumple la institución, al igual que las oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud en las IPS del distrito de Cartagena.

OBSERVACIONES Y ACLARACIONES SOBRE LO SOLICITADO O VERIFICADO

Se procede a iniciar visita de auditoría de calidad de prestación de servicios en salud en la institución ESE Hospital Local Cartagena de Indias – centro de Salud Olaya Herrera, recibe la visita la licenciada Ana Beatriz Castro Medina enfermera líder CS Olaya Herrera.

Se procede a informar el objeto y modalidad de la visita donde se usa la técnica de la observación, entrevista y revisión documental.

Para el desarrollo de la auditoría se utiliza el Instrumento **visitas auditoría de calidad año 2024,** para revisión y evaluación de los procesos de la institución teniendo en cuenta las características de calidad del SOGC.

El Centro de Salud Olaya Herrera pertenece a la subred Pozón de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, a la fecha tiene habilitado en total 8 servicios el 60% (5 servicios) pertenecen al grupo consulta externa, el 30% (2 servicios) son servicios del grupo Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y el 10% (1 servicios) son servicios del grupo atención inmediata.

Está ubicado en el Barrio la Olaya Herrera, Carretera Principal Kra. 32 B No. 64-142

(8) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	312 -ENFERMERÍA	DHSS0279272
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0279273
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0279274
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	420 -VACUNACIÓN	DHSS0279275
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0279276
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0279277
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0573724
Bolívar	CARTAGENA	1300100871	08	CENTRO DE SALUD OLAYA HERRERA	1102-URGENCIAS	DHSS0279278

1

Se realiza verificación de soportes suministrados por la institución.

ACCESIBILIDAD.

Cuenta con protocolos, procedimientos, manuales, políticas documentadas, de los procesos de atención de Urgencias, consulta externa y procesos de apoyo diagnostico ofertados por la institución; los cuales se encuentran en Drive institucional.

Existe un procedimiento de selección y clasificación de pacientes para determinar la prioridad en que estos serán atendidos en base a su condición clínica, el cual se encuentra documentado en "Protocolo para el acceso al servicio de urgencias y comprobación de derechos" V2.1 código PT-URG-TRG-47 actualizado el 20/02/2022, enmarcado en la resolución 5596 de 2015. En el documento se describen las 5 categorías del triage y se encuentran definidos los tiempos de atención para la categoría I, II, III, los tiempos definidos para triage IV y V se pueden evidenciar en el acrílico ubicado en sala de espera de urgencias. El procedimiento fue socializado al personal del servicio de urgencias el 03/02/2024.

El servicio de urgencias de la institución se encuentra ubicado en un primer piso en un barrio de alto riesgo, la institución dispone de sala de espera, área de Triage, 2 consultorio médicos. La institución cuenta con 1 profesional de enfermería para la clasificación de triage, además cuentan con dos auxiliares de enfermería que se encarga de toma de signos vitales y dos médicos en turno, tiene 4 camillas de observación de mujeres, 4 camillas de observación hombres y 4 camillas para niños hasta 16 años.

Al momento del recorrido, los pacientes en el día de hoy han sido atendidos de acuerdo a los tiempos establecidos. ha ingresado Triage III: 4 pacientes, Triage, Triage V: 12 pacientes y Triage I,II y IV: no se han presentado,.

La institución tiene establecido los tiempos promedio de atención para las categorías III (hasta 2 horas), IV (2 – 4 horas) y V (240 min), se encuentra publicado a la entrada del consultorio de Triage.

La institución cuenta con 2 auxiliares de enfermería que apoyan todo el servicio las cuales se encarga de realizar un acompañamiento a los pacientes y detectar cambios en su estado de salud mientras esperan atención definitiva, además se evidencia personal de convenio docencia apoyando las labores del servicio. La jefe realiza recorrido por toda el área de urgencias.

Se evidencia que una vez ingresa el paciente se direcciona al área de facturación **el proceso de verificación de derechos se realiza antes de realización del triage**, cuenta con tablero de Triage en sala de espera, los pacientes de Triage I son ingresados inmediatamente a la atención.

Los responsables del proceso de triage son profesionales de enfermería, entre los que están profesionales de planta y vinculados mediante contratación por OPS. Los profesionales de la institución cuentan con la documentación reglamentada por la resolución 3100 de 2019, se tiene establecido la solicitud de constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage".

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud garantiza el registro de la información del "Triage" de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias. Todo es cargado al software SGI.

El Centro de Salud Olaya Herrera tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar adoptado, documentado "Guía de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia sexual" – Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual V1 código PT-TS-AVVS-35 fecha 02/06/2023 el cual fue socializado el día 24/02/24 en el servicio de urgencias.

La institución cuenta con un proceso establecido para la toma de muestras de laboratorio clínico con agendamiento de citas. Toma de citología se realiza a libre demanda. Se dispone de 1 auxiliar que se encarga de toma las muestras según agenda y la jefe se encarga de la toma de muestra de citología.

Cuenta con modelo de prestación de servicios de salud de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias código MO-TS-MPS-19 versión 6 actualizado el 28/02/2023, el cual describe las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, ruta de salud del grupo de riesgo, ruta materno perinatal. El Modelo fue

socializado en el centro de salud el día 18/02/2024. Se evidencia socialización de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud y evaluación de adherencia de RIAS de acuerdo al cronograma institucional.

La ESE HLCI tiene implementado el sistema SISCO SSR desde el nivel central, se realiza actividades coordinados por grupo de profesionales y se cargan al sistema desde nivel central.

La IPS dispone de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y embarazo en cumplimiento de la resolución 1314 de 2020 las pruebas se encontraban semaforizadas

CONTINUIDAD.

La ESE HLCI – Centro de Salud Olaya Herrera cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia documentado "Manual de Referencia y contrarreferencia" código MN-URG-RYC-46 V3 actualizado el 08/07/2022, socializado 03/02/2024. La ESE HLCI cuenta el PRAT (Proceso de Referencia Contrarreferencia Admisiones y Traslado Asistencial), el cual dispone de ambulancia para traslado de los pacientes que presente deterioro de salud durante la consulta externa.

La institución cuenta con el sistema de información GCI (Gestión Clínica Integrada) para manejo de la información de los pacientes donde se encuentra unificada toda la información, este sistema enlaza la información de todas las sedes de la ESE HLCI.

En caso de fallas del sistema se tiene establecido el diligenciamiento de la historia clínica de forma manual, proceso documentado en "Protocolo de interfase entre Historias clínicas Manuales y Digital" para garantizar una historia clínica completa y unificada, se dispone de formatos que la profesional diligencia y posteriormente se asigna un periodo de tiempo para ingresar al sistema. Se dispone de planta eléctrica para todo el centro de salud, reserva de agua alberca subterránea (2) y tanque elevado (2). Tienen plan de contingencia de red de frio.

OPORTUNIDAD.

La IPS cuenta con un sistema de asignación de citas a través de llamadas telefónicas (call center) y de forma presencial apoyados en 2 facturadores que se encuentra en la recepción del centro de salud. Se verifica agenda y se tiene disponibilidad para consulta de medicina general para el día 18/12/2024 oportunidad a 0 días; odontología para el 23/12/2024 oportunidad de 3 días. Al revisar agenda para laboratorio clínico está a 1 día.

La ESE HLCI define indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios. Durante el mes de noviembre 2024 la oportunidad de medicina general fue de 1,77 días; Odontología 1,99 días.

La IPS realiza reporte de indicadores del Sistema de información de calidad- resolución 0256/16 en forma trimestral presenta soporte de cargue de resolución 0256 de III trimestre 2024 realizado el 10/11/2024.

La institución tiene documentado el procedimiento a seguir para determinar la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados. Documento "Procedimiento Análisis De Capacidad Instalada" actualizado el 26/12/2019. Anualmente se actualiza documento Excel de acuerdo a la población atendida, y al tipo de contratación que se tienen con las diferentes EAPB (Capacidad instalada sub red pozón).

INDICADORES DE OPORTUNIDAD MES NOVIEMBRE 2024			
OPORTUNIDAD CONSULTA	OPORTUNIDAD	NUMERADOR	DENOMINADOR
Medicina	1,77	477	270
Odontología	1,99	308	155

PERTINENCIA:

La institución cuenta con una política de uso racional de antibiótico documentada y está conformado el comité de infecciones el cual se lleva desde nivel central.

La ESE HLCI cuenta con guías de práctica clínicas basadas en las evidencias adoptadas del ministerio de salud y protección social mediante resolución para las principales causas de morbilidad de consulta externa las cuales corresponden a todas las zonas de acción de la ESE, las cuales se encuentran documentadas y cargadas a software institucional, para disponibilidad de todo el personal, han sido socializadas de acuerdo a cronograma institucional. Se dispone de un procedimiento de evaluación de adherencia a GPC documentado y formato para verificación de adherencia a guías, los resultados se socializan en los comités de historias clínicas. Se realiza evaluación de adherencia a guías desde nivel central y se retroalimenta la información al centro de salud.

El Centro de Salud Olaya Herrera tiene conformado el comité de historias clínicas el cual estipula reuniones mensuales. Se evidencian actas donde se detallan hallazgos encontrados en las evaluaciones de adherencias de la guía de adultez y la implementación de los planes de mejoramiento a las no conformidades realizado 02/11/2024

La ESE HLCI cuenta con perfil epidemiológico I semestre 2023, describen las 10 primeras causas de morbilidad por servicios lo cual es un insumo para la elaboración de cronograma de socializaciones y selección de guías a evaluar.

La institución cuenta con Guía de dengue adoptada de ministerio de salud y PS, Plan de acción dengue, flujograma de atención, socializada el 10/02/2024 y se encuentra programada para 19/12/2024.

La institución ha implementado la obligatoriedad del curso Diagnostico y manejo clínico del dengue ofertado por el campus virtual de OPS los profesionales del centro de salud se encuentran certificados (médicos, enfermeras).

SATISFACCIÓN.

La institución cuenta con un procedimiento de PQRSF que garantice la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios documentado, los medios utilizados para la captación de las PQRSF son buzón de sugerencias, página web. La institución cuenta con documento en Excel para seguimiento análisis de cierre de quejas (servicio, dependencia, PQRSF, clasificación, motivo de la PQRSF, clasificación de la causa, análisis y respuesta) seguimiento al tiempo de respuesta a quejas, se evidencia informes de la gestión de PQRSF. Se procede a verificar consolidado PQRSF mes de noviembre 2024 y se encuentran 5 PQRSF de las cuales 2 fueron quejas y 3 felicitaciones.

Se tiene establecido y documentado el proceso de apertura de buzón, se dispone de buzones ubicados en sala de espera de consulta externa y urgencias, apertura todas las semanas. Se presenta acta con firma de responsable del proceso y testigos.

Un auxiliar administrativo de la oficina de atención al usuario se encarga de dictar charlas (derechos y deberes) y realizar encuesta a los usuarios, información que se consigna en la Tablet que tiene el asistente para ser consolidada desde nivel central. Satisfacción global del mes de noviembre 2024 fue del 91% se realizaron 157 encuestas.

El ESE Hospital Local Cartagena de Indias cuenta con una cartilla de derechos y deberes de los pacientes, son socializados por la auxiliar de SIAU durante la realización de las encuestas de satisfacción. Se encuentran colgados en la página WEB de la ESE HLCI y publicados en sala de espera.

La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento el cual está documentado, durante la auditoría de historias clínicas se realiza verificación de adherencia al adecuado diligenciamiento de los mismos. se seleccionan consentimientos informados de Prueba presuntiva de VIH, para toma de muestras de citología de cuello uterino y son revisando con a líder y se hacen las observaciones correspondientes (sugerencia de adjuntar los consentimientos informados en la historia clínica, ya que son archivados en físico en archivo).

SEGURIDAD.

La ESE HLCI cuenta con un proceso de verificación de hojas de vida de los profesionales de salud que acredita la profesión que ejercen y que están vinculados al cargo como tal acreditado. se procede a solicitar hojas de vidas de los profesionales del centro de salud, las cuales cuentan con los documentos que acreditan su formación y RETHUS. Se recomienda a la institución anexar lista de chequeo.

La ESE HLCI cuenta con una política de seguridad del paciente y tiene implementado un “Programa para la seguridad del paciente en la atención en salud” el cual está documentado código PR-GCAL-PAS-128 versión 6.2 y actualizado el 21/01/2022 el cual fue socializado 10/02/2024. Se realizan rondas de seguridad y sesiones breves los resultados son socializados en el comité de seguridad del paciente. Está conformado el comité de seguridad del Paciente el cual se reúne de manera mensual, durante el cual se trata la cultura del reporte, resultados rondas de seguridad, gestión eventos adversos, evaluación de procesos seguros que durante el mes de noviembre 2024 obtiene como resultado 100%, Farmacovigilancia (socializaciones alertas sanitarias, RAM) indicadores del programa.

No se han presentados eventos adversos en el mes de noviembre.

Cuentan con “Manual de Higiene de Manos” código PT-GCAL – LDM 307 V2 (06/06/2023) y socializado el día 28/08/2024. Se realiza evaluación de adherencia de lavado de manos de forma mensual con un resultado del 100%.

La IPS cuenta con un protocolo de caídas en los pacientes PT-GCAL – PDC 197 V1 (19/05/2023), la escala de riesgo utilizada es JH Downton y Humpty Dumpty. La institución cuenta con escaleras con cintas antideslizantes deterioradas, ascensor el cual se encuentra fuera de servicio.

La institución cuenta con plan de capacitaciones, los cronogramas se establecen para cada servicio. Este plan de capacitaciones es definido desde nivel central.

La institución cuenta con un PAMEC documentado e implementado, la institución cuenta con informe de cierre PAMEC 2023, para el año 2023 la institución cumplió con las etapas de la ruta crítica, fueron programadas 197 actividades de las cuales se ejecutaron 137 para un 74% de cumplimiento, se evidencia cargue a la plataforma el día 31/01/2024. PAMEC 2024 enfocado en SUA, se encuentran en el paso 7, se priorizaron 40 oportunidades de mejoras.

La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos los cuales son utilizados para su gestión (Indicadores de seguimiento auditorías externas, cumplimiento PAMEC, indicadores fénix, cumplimiento de requisitos de habilitación, entre otros). Los principales EISP notificados son accidente ofídico, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, dengue, desnutrición, intento de suicidio, intoxicación, leptospirosis, lesiones por artefactos explosivos Pólvora y minas antipersonal), sífilis gestacional y vigilancia en salud pública de la violencia de genero intrafamiliar, está conformado el COVE donde se hace seguimiento a los EISP.

Existe un programa de farmacovigilancia, tecnovigilancia, documentado “Programa Tecnovigilancia código PG-GRF-PTEC-101 V1 18/07/2022; Programa Institucional De Farmacovigilancia MN-SF-MDFV-66, así como el comité de farmacia y terapéutica. Se evidencia acta de comité de 02/2024 así como acta de conformación. Durante el comité se procede a socializar las alertas sanitarias, no se presentaron eventos adversos, se evidencia acta de socialización del programa.

La Institución dispone de concepto sanitario emitido por el DADIS vencido (acta de inspección, vigilancia y control sanitario) con resultado favorable del 97% de cumplimiento, la visita se realizó el día 04/04/2024 y fecha de vencimiento 04/04/2025.

Cuentan con un “Protocolo de Bioseguridad” código PT-TS-PBS-34 versión 1 fecha 28/04/2023, socializado mayo 2024. Disponen de Manual de Buenas Prácticas de esterilización, Limpieza, desinfección de instrumental y equipos Biomédicos elaborado el 01/08/2022. Se realiza seguimiento al proceso de esterilización en los comités de calidad (porcentaje de adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización), en odontología el proceso de desinfección y esterilización al instrumental lo realiza la auxiliar de odontología donde primero se coloca en un recipiente con agua que tiene detergente enzimático por 15 minutos, se retira enjuaga, se seca, luego se coloca en las bolsas para empacar con las fechas de inicio y fecha de vencimiento la cual es de 90 días, después se colocan en el autoclave con el indicador químico que es el que determina que se realizó bien el proceso.

La ESE HLCI cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) actualizado del 25/05/2023 con el nuevo código de colores para las canecas. Las canecas se encuentran rotuladas. Fue auditado por el ente territorial. Se realizo socialización del PGIRASA desde nivel central.

PROCESO	CONTRATISTA
Disposición final de residuos peligrosos	RED AMBIENTAL S.A.S E.S. P
Disposición final de residuos no aprovechables	Pacaribe S.A E.S. P
Almacenamiento de residuos solidos	A1 Bioseguridad S.A.S
Servicio integral de ASEO	Servicios ABC S.A.S
Control de plagas	COOADESIN
Conceptos técnicos seguimiento sanitario	CARDIQUE
Disposición final de residuos aprovechables	Corporación casa de amigos con enlace

La institución tiene conformados los comités de calidad, comité de historias clínicas; seguridad del paciente; COVE. Los comités de infecciones, Farmacia y terapéutica, ética se realizan a nivel central se dispone de los soportes de los mismos en el drive institucional.

Entrega de material de evidencias:

- Protocolos, manuales, procedimientos y guías.
- Actas y listados de socializaciones
- Actas de comités.
- Folletos.
- Historias clínicas
- Hojas de vida

- Software institucional (GCI)
- Consentimientos informados
- Concepto sanitario
- Pantallazo reporte resolución 0256; 012.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Se finaliza la auditoría en medio de un ambiente agradable donde se contó con la disposición del equipo de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias – Centro de Salud Olaya Herrera.

Centro de Salud Olaya Herrera tiene procesos documentados y programas estructurados,cuentan con guías de manejo, procedimientos, formatos, actas y demás documentos que basados en la adherencia del talento humano contribuyen a favorecer una atención con Calidad.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias estableció las principales causas de morbilidad de consulta externa y de Urgencias de forma general, se invita a revisar el tema y establecer las principales causas por cada sede.

El centro de Salud Olaya Herrera se encuentra ubicado estratégicamente motivo por el cual capta gran número de pacientes en el servicio de urgencia motivo por el cual la adherencia al procedimiento de selección y clasificación de pacientes para determinar la prioridad en que estos serán atendidos en base a su condición clínica debe ser frecuente.

Durante el recorrido se pudo evidenciar en el servicio de urgencias no cuentan con tablillas acrílicas para identificación correcta de pacientes en camillas de observación.

El guardián que se encuentra en el Stand de enfermería no cuenta con porta guardián.

Después de realizada la auditoría se identifican las siguientes oportunidades de mejora las cuales junto a las observaciones dialogadas durante el desarrollo de la visita y recomendaciones expuestas anteriormente serán un insumo importante para implementar acciones que fortalezcan la calidad en la prestación de servicios a la población Cartagenera.

Accesibilidad

- Modificar el modelo de atención del triage para cumplir con lo contemplado en la resolución 5596 de 2015 esto implica ajustar el proceso de verificación de derechos del paciente para que se realice después de la realización del triage. esto implica que, una vez que se haya evaluado la gravedad de los pacientes en el triage, se proceda con la verificación de sus derechos, asegurando así un flujo eficiente y conforme a los lineamientos legales y hospitalarios.

Satisfacción.

- Diseñar una estrategia donde los consentimientos informados queden adjuntos en la historia clínica del paciente.

Puntaje total resultado de la auditoría de acuerdo al instrumento utilizado y la calificación porcentual obtenida, la institución cumple al obtener un porcentaje del **97%**.

Teniendo en cuenta lo anterior basados en lo evidenciado, la institución debe realizar un plan de mejoramiento a consciencia, medible y que pueda ser sostenible en el tiempo, donde se integre la participación de todo el equipo del centro de salud y del nivel central de la ESE, se debe enviar a los correos calidaddopsdadis@cartagena.gov.co y oarroyob@cartagena.gov.co en un término no mayor a 10 días.

La visita se da por terminada el día 18 de diciembre 2024

Personas que intervienen en la visita

NOMBRES	INSTITUCION
Ana Beatriz Castro Medina	Enfermera líder Centro de Salud Olaya Herrera
Oneyda Arroyo Barrios Oneyda Arroyo B.	Profesional Especializado DOPS - DADIS