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
FECHA Y HORA:	19 DE MAYO DE 2025, 9:00 am
CIUDAD:	CARTAGENA DE INDIAS
LUGAR:	HOSPITAL POZON

TEMAS TRATADOS

OBJETO DE LA VISITA.

Evaluar el cumplimiento de las características de calidad priorizadas del SOGC, basados enel DUR 780 de 2016, con el fin de identificar con que aspectos cumple la institución, al igual que las oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios.

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 **"HOSPITAL POZON"** Recibe la visita el equipo de calidad de la institución liderado por la Licenciada LUZ MARINA CARABALLO, líder de consulta externa y MARTHA ACOSTA RAMOS líder de urgencias.

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 2025,** para revisión y evaluación de los procesos de la institución teniendo en cuenta las características de calidad del SOGC.

"HOSPITAL POZON" es una institución pública, está ubicada en el barrio Pozon Diagonal 53 #60A-03 CALLE PRINCIPAL PRIMERA DE MAYO ANTIGUO CAMPO y se encuentra habilitada en REPS con el código 1300100871-14, a la fecha tiene habilitado en total 14 servicios; el 14% (2 servicios) al grupo internación, el 35% (5 servicios) al grupo consulta externa y el 14% (2 servicios) son servicios del grupo Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Se realiza verificación de soportes suministrados por la institución.

1. ACCESIBILIDAD.

La IPS cuenta con procesos y procedimientos documentados (manuales, protocolos, instructivos, formatos) codificados y actualizados de los procesos de atención de urgencias, hospitalización, y procesos de apoyo diagnostico ofertados por la institución. Ultima acta de socialización 28/05/2024.

El prestador cuenta con un sistema de selección y clasificación de pacientes para determinar la prioridad en que estos serán atendidos, documentado en "Atención Triage en urgencias" el cual cumple con lo contemplado en la resolución 5596 de 2015. En el último Comité de urgencias acta de reunión (18/01/2025), se tocan temas pertinentes.

En el servicio de Urgencia se verifican los tiempos de atención de Triage en el momento de auditoría y se encuentran dentro de los parámetros establecidos. En el momento de auditoria en total había 23 pacientes clasificados.

La IPS dispone de 1 consultorio exclusivo para Triage. La valoración inicial es realizada por personal de enfermería jefe.

Las remisiones observadas en el último trimestre la institución está mayormente motivadas, la solicitud de servicios que no son ofrecidos por la misma ortopedia y psiquiatría). Se identificó que las principales causas por las cuales los pacientes permanecen en espera de remisión corresponden a servicios de salud mental y ortopedia. Se identifica 2 pacientes internados con espera de más de 30 días de remisión por servicios que no ofrece, tales como ortopedia y psiquiatría, lo que se gestiona y se notifica.

La Institución Prestadora de Salud (IPS) ha establecido un procedimiento actualizado (16/04/24) estandarizado para la identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar, adoptada del ministerio. Se cuenta con Kit para atención a víctimas de violencia sexual en el servicio de urgencia. Ultima acta de socialización 05/09/2024. Se revisa contenido. Cuenta con acta de conformación de comité de atención de víctimas de violencia sexual (8 de abril 2025).

La institución presta sus servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica los cuales son para atención de pacientes internados y de forma ambulatoria con previo agendamiento de cita, cuenta con ruta de atención detallada de los servicios ofertados Se informa que el servicio de radiografías se encuentra en fase de prueba piloto, con apertura reciente en la modalidad ambulatoria. Se verifican 4 atenciones a pacientes del servicio de urgencia, servicios que se encuentran operativos.

El prestador cuenta con un modelo de atención en salud definido, así como con rutas integrales de atención en salud (RIAS) estructuradas y operativas.

La IPS dispone de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B, las cuales en cumplimiento de la resolución 1314 de 2020, la interpretación de los resultados es entregada en formato especifico en forma inmediata a la lectura de la prueba. Además, se verificó la existencia en stock de un número suficiente de pruebas para su aplicación.

2. CONTINUIDAD.

Cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia documentado, actualizado y socializado a los funcionarios responsables. Proporciona pautas sobre los criterios de remisión, los procedimientos a seguir y otros aspectos relacionados con el proceso de remisión. (15/03/2025).

Cuenta con un procedimiento que permitan manejar la información unificada de cada paciente mediante el Software “GCI” el cual cuenta con una base de las atenciones recibidas por los pacientes en los diferentes servicios de la institución.

La IPS ha desarrollado un plan de contingencia detallado para abordar situaciones como el cierre de servicios, eventos catastróficos y fallas en el sistema. Ultima socialización plan hospitalario de emergencia (05/12/2024). Dispone de una planta eléctrica que garantiza la continuidad del servicio en toda la clínica, ultima mantenimiento 29/04/2025. Para garantizar el suministro de agua la (IPS) cuenta con un sistema de almacenamiento de agua, en total 4 tanques elevados con capacidad de 1000 litros y 2 albercas se realiza mantenimiento cada 6 meses. A los cuales se les verifica mantenimientos actualizados (25 de abril 2025).

3. OPORTUNIDAD.

El prestador cuenta con un sistema de asignación de citas manejado que se gestiona se gestiona a través de Call center y presencial. Se gestionan de manera conjunta con la red de prestadores ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

La IPS tiene definido indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ofertados.

La IPS dispone de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.

La IPS realiza reporte de indicadores del Sistema de información de calidad- resolución 0256/16 en forma trimestral a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), último reporte realizado fue el correspondiente al I trimestre de 2025, realizado el día (21/04/2025).

La IPS cuenta con un procedimiento documentado para determinar la cantidad necesaria de talento humano en salud, el cual se basa en la capacidad instalada y los servicios ofertados, con el fin de garantizar una atención segura y oportuna.

Durante la auditoría se verificó que el promedio de estancia de los pacientes en los diferentes servicios ofertados se encuentra dentro de los rangos establecidos. La IPS tiene capacidad disponible suficiente para atender la demanda actual sin saturación. Se evidencian señalizados, limpios, equipados, organizados, pisos en buen estado y paredes limpias. Exceptuando por algunas áreas específicas en el servicio de hospitalización.

4. PERTINENCIA

La IPS cuenta con un protocolo de antibiótica con participación del equipo interdisciplinario de la IPS actualizado (2023), para la definición de antibiótico si la situación lo requiere y un PROA, acta de conformación (6 de marzo 2025). En cuanto al perfil de resistencia bacteriana se identificó que la IPS aún se encuentra en fase de recolección de muestras, a la espera de alcanzar un mínimo de 50 cultivos positivos, requisito necesario para contar con una base de datos suficientemente robusta que permita analizar patrones microbiológicos relevantes y hacer ajustes clínicos sustentados en evidencia local.

La IPS ha desarrollado y adoptado las Guías de Práctica Clínica (GPC) establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, enfocándose en las principales patologías que representan las causas más frecuentes de consulta. Esto asegura que su modelo de atención esté alineado con las necesidades prioritarias de la población atendida. Las socializaciones son realizadas de acuerdo con el plan de educación continua (CAPSULAS EDUCATIVAS). Se realiza medición de adherencia de acuerdo con un cronograma establecido, GPC evaluadas:

- Ruta primera infancia: 90% de cumplimiento (24/02/2025)
- Ruta infancia: 92% de cumplimiento (24/02/2025)
- Ruta materno perinatal: 96% de cumplimiento (24/02/2025)
- Diabetes mellitus: 92% de cumplimiento (24/02/2025)

Cuenta con un perfil epidemiológico, donde se detalla las enfermedades y condiciones de salud más comunes entre los pacientes que acuden a la institución en cada uno de los servicios. Que son de ayuda a identificar patrones, tendencias y necesidades de salud específicas de la población atendida, actualizado anualmente. Se identificadas sus primeras 5 consultas.

Así como el reporte de los casos de interés en salud pública. Notificados, con respecto a EISP

La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) tiene un Comité de Historias Clínicas pero no se evidencia acta de reunión.

La IPS cuenta con un plan para la vigilancia y control del Dengue, en línea y/o conforme a lo establecido en la Circular 013 de 2023. Incluye una ruta de atención, pautas y protocolo para su manejo. Programado para julio 2025, se verifica cronograma.

La institución tiene implementado la obligatoriedad del curso Diagnostico y manejo clínico del dengue ofertado por el campus virtual de OPS. cuenta con profesionales certificados en las diferentes áreas de la clínica, se realiza seguimiento a profesionales certificados cumple con el 100%.

5. SATISFACCIÓN

El prestador cuenta con un procedimiento de PQRSF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) que garantiza la respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios documentado.

La IPS cuenta con un procedimiento de apertura de buzón documentado y actualizado.

- **Actas de apertura:** Sí, se elaboran actas en cada ocasión.
- **Firma de testigo:** Sí, se verifica la firma de un testigo externo durante el proceso.
- **Socialización con el Talento Humano (TH):** Sí, se realiza la socialización correspondiente.

A los usuarios atendidos se les aplica encuestas para evaluar la calidad de la atención prestada y estas son estudiadas. En el mes de febrero en su comité de febrero la IPS obtuvo un porcentaje de Satisfacción global en el mes de enero del 97% de encuestas realizadas.

PQRSF de abril del 2025:
Total de PQRSF recibidas: 74
Tasa de quejas: 39.3% (la meta institucional es mantener hasta un 10%)
Porcentaje de satisfacción global: 92.8% pacientes encuestados 203 pacientes

Planes de mejoramiento ejecutados: Realiza y se revisa planes de mejora de acuerdo con los motivos de queja.

La IPS cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes.

La IPS tiene un proceso y formato establecido para el consentimiento informado de los usuarios al momento de realizar un procedimiento. Se verifica en ronda.

Las entrevistas a usuarios y familiares en los diferentes servicios expresaron al ser entrevistados haber sido atendidos adecuadamente y que, en general, están satisfechos con la atención y la oportunidad de los servicios.

6. SEGURIDAD.

Cuenta con un proceso de verificación de las hojas de vida de los profesionales de salud que garantiza que estos cuenten con la documentación que acredita la profesión que ejercen y que están vinculados al cargo como tal acreditado. Se verifica la autenticidad de las hojas de vida mediante el sistema RETHUS, garantizando la veracidad de la información proporcionada por los candidatos.

La IPS cuenta con un programa de seguridad del paciente. Desarrolla una serie de actividades enfocadas en la mejora continua de la calidad y la seguridad en la atención. Cuenta con un cronograma establecido para estas actividades y un líder a cargo. Entre las acciones implementadas, se destacan las siguientes:

- **Evaluación del lavado de manos**: Se realiza una vez al mes. En la última evaluación, llevada a cabo el 3 de mayo de 2024, se obtuvo un porcentaje de adherencia del 63%, aplicado a 5 profesionales.
- **Sesiones breves de seguridad**: Se realizan semanalmente aplicando un formato estandarizado. La sesión del 28 de abril de 2025 identificó acciones inseguras. Se implementaron planes de mejora para corregir estas deficiencias.
- **Rondas de seguridad**: Se realizan semanalmente.
- **Análisis de eventos adversos**: se realiza un seguimiento periódico, se verifica formato diligenciado.
- **Comité de Seguridad**: Sí, está constituido y se encarga de socializar alertas INVIMA, socializar eventos adversos, discutir las causas y las acciones implementadas.
- **Planes de mejora**: Se desarrollan con base en los hallazgos de las rondas y sesiones de seguridad, y se socializan en el comité.

Las estrategias de seguridad se estructuran en las siguientes medidas rondas integrales:

1. **Detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones**: Implementación de protocolos de aislamiento, prácticas de lavado de manos, y estrategias multimodales para asegurar la adherencia al lavado de manos en el personal. Se realiza medición mensual: Porcentaje de ultima adherencia general: 63% 28/04/2025. se realiza por el mes de lavado de manos estrategias de socialización

2. **Mejora en la seguridad de los medicamentos**: protocolo documentado, cuenta con Comité farmacovigilancia que realiza rondas los 5 correctos y revisión de medicamentos en carros de paro formato de verificación (01/05/2025). Semaforización con etiquetaje con código de colores, ultima acta de reunión comité de farmacia y terapéutica (28 de marzo 2025).

3. **Identificación de pacientes**: Protocolo documentado específico para garantizar la correcta identificación de los pacientes en cada interacción clínica. Manillas con registro manual. listas de chequeo entrega de turno de enfermería, socialización correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales (28 de abril 2025), Asimismo, se identifican tableros de identificación ubicados en áreas asistenciales, con hojas impresas que contienen los datos de los pacientes, como apoyo visual para el equipo de salud.

4. **Reducción y prevención de caídas**: Se identifica paciente con riesgo de caída, realiza análisis de casos, cuenta con protocolo.

5. **Prevención de flebitis**: Procedimiento documentado y seguimiento a la prevención. Socialización 15 de mayo de 2025.

6. **Prevención de complicaciones asociadas a transfusiones sanguíneas**: Cuentan con manual. Estrategias de control y prevención de riesgos en la disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos mediante 2 bancos de sangre a su disposición.

7. **Atención al parto**: Guías parto expulsivo que es lo que se ha presentado. Cuenta con disponibilidad de ginecólogo. Socializaciones actualización Ruta materno-perinatal programada al 22/mayo/2025 en la sede.

La institución cuenta con un Comité de Seguridad que se reúne mensualmente, con la última acta de reunión fechada el 28/04/2025. Se revisó el contenido del acta, verificándose que aborda temas relacionados con las funciones del comité y está alineada con los objetivos establecidos.

Dentro de la institución se han creado programas de acciones de formación continua para todo el personal. Si se han socializado temas pertinentes. Sin embargo, se recomienda fortalecer el seguimiento y compromiso para el cumplimiento del cronograma establecido, con el fin de asegurar la continuidad y efectividad de las actividades formativas, que son clave para el mejoramiento constante de la calidad en la atención.

La IPS cuenta con un protocolo de identificación y clasificación de usuarios para el riesgo de caídas. Cuenta con antideslizantes, buena iluminación, adecuada señalización.

La IPS tiene implementado el PAMEC:

- Periodicidad: 2022 a 2025
- Etapa de la ruta se encuentra: autoevaluación de estándares
- Enfocado en: acreditación
- Soporte de cargue anual: 10 de febrero del 2025

La IPS cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) cuenta con un proceso documentado de lavado de manos. Realiza evaluación de adherencia al proceso por semestre ultima adherencia segundo semestre del 2024 con un porcentaje de 82.22%

La IPS cuenta con un protocolo de Bioseguridad actualizado y documentado. Este manual proporciona las directrices y procedimientos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y el entorno de trabajo. La IPS cuenta con una autoclave que se utiliza para la esterilización de los instrumentos odontológicos, la sala está limpia, señalizada y organizada. Ultima socialización Manual de esterilización (25 de marzo de 2025).

La IPS cuenta con concepto Sanitario expedido por el DADIS (acta de inspección, vigilancia y control sanitario). Con un resultado del 100% de cumplimiento con validez hasta el hasta el 17 de octubre del 2025.

La IPS cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA) conformado y actualizado anualmente, el cual fue auditado por el programa de ambiente y salud durante la certificación de concepto sanitario. La IPS lleva un registro documentado del pesaje de los residuos mediante el formato RH1. Además, cuenta con un contrato vigente con la empresa “ATICA” para la disposición final de los residuos. No se evidencia la publicación de la ruta de evacuación de residuos dentro de la institución.

La IPS tiene conformado el comité de calidad (ultima acta de reunión 26/04/25), comité de vigilancia epidemiológica (ultima acta de reunión (30/04/2025), Comité De Infecciones y comité de ética hospitalaria (30/04/2025). Se verifica envío de actas al ente territorial. Se revisó el contenido del acta, verificándose que aborda temas relacionados con las funciones del comité y está alineada con los objetivos establecidos.

Entrega de material de evidencias:

- ✓ Protocolos, manuales, procedimientos y guías.
- ✓ Actas y listados de socializaciones.
- ✓ Resultados de adherencia.
- ✓ Actas de comités.
- ✓ Historias clínicas
- ✓ Hojas de vida.
- ✓ Software institucional.
- ✓ Soporte de reportes resolución 256.
- ✓ Evidencias fotográficas.

OBSERVACIONES

Se finaliza la auditoría en medio de un ambiente agradable donde se contó con la disposición de todo el equipo de **“HOSPITAL POZON”**

Se pudo evidenciar **"HOSPITAL POZON"** cuenta con una gran gestión documental de manera organizada, procesos debidamente 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.

Se recomienda mantener seguimiento al proceso de recolección de cultivos positivos hasta alcanzar una muestra representativa establecida, como base para el análisis del perfil de resistencia institucional.

Evaluar la posibilidad de progresivamente las manillas de identificación impresión automatizada que mejoren la legibilidad y reduzcan la variabilidad en el registro manual.

Avanzar en la consolidación del perfil epidemiológico conforme se acumule más información, con el fin de fortalecer la gestión basada en datos y mejorar la pertinencia de las intervenciones.

Se constató que, si bien los pisos, paredes y techos se encuentran en buen estado general, se evidenciaron daños ocasionados por humedad en algunas áreas específicas en el servicio de hospitalización. Se recomienda que la IPS realice una evaluación técnica especializada para determinar las causas de la humedad e implementar las acciones correctivas necesarias.

Implementar estrategias orientadas a la mejora en el trato al paciente, incluyendo capacitaciones, sensibilizaciones y monitoreo continuo para disminuir esta tasa y garantizar la calidad en la atención. Se reporta una tasa de quejas del 39.3%, cifra que supera considerablemente la meta institucional establecida hasta en un 10%. El análisis de las quejas recibidas evidencia que la mayoría están relacionadas con situaciones de trato inhumanizado hacia los usuarios.

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

SEGURIDAD.

Evaluar la factibilidad de migrar progresivamente a tableros reutilizables. El uso de tableros de identificación impresos en hojas representa una solución manual con riesgo potencial de errores por desactualización, deterioro físico o fallas en la legibilidad, especialmente en servicios con alta rotación de pacientes.

Diseñar un plan de mejora para la recuperación del sistema de llamado de pacientes en el servicio de hospitalización.

Asegurar la ejecución efectiva del programa de formación continua para el personal de la IPS y realizar informes periódicos sobre el avance y cumplimiento del cronograma.

Ejecutar mantenimiento correctivo del sistema de aire acondicionado. Durante el recorrido físico en el área de urgencias, se evidenció que el sistema de aire acondicionado presenta fallas en su funcionamiento, específicamente goteo de agua hacia el interior del área asistencial, lo que representa una afectación directa a la seguridad del paciente, del personal asistencial.

Publicar y socializar la ruta de evacuación de residuos generados en la atención en puntos estratégicos dentro de la institución, garantizando el conocimiento y cumplimiento de esta.

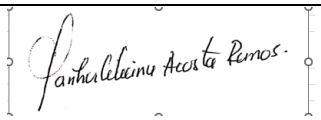
Puntaje total resultado de la auditoría de acuerdo con el instrumento utilizado y la calificación porcentual obtenida, la institución **cumple** al obtener un porcentaje de cumplimiento del **95%.**

Teniendo en cuenta lo anterior se invita a la institución al levantamiento de un plan de mejora a conciencia medible y que pueda ser sostenible en el tiempo, el cual se debe enviar a los correos acaguilarg@cartagena.gov.co calidaddopsdadis@cartagena.gov.co en un término no mayor a 10 días a partir de la fecha de entrega de la presente acta.

La visita se da por terminada el día 19 de mayo de 2025

Personas que intervienen en la visita

NOMBRES	INSTITUCION
LUZ MARINA CARABALLO	Líder de consulta externa-HOSPITAL POZON

 **MARTHA ACOSTA RAMOS**	Líder de urgencias- HOSPITAL POZON
ASTRID C. AGUILAR G. **ASTRID CAROLINA AGUILAR GARCÍA**	Profesional Especializado DOPS – DADIS

Tu texto aquí 2