RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

ACTA DE REUNIÓN No. 27

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: MARTHA GARZON RODRIGUEZ

(En caso de ser presencial):

FECHA: 29 /10/2025 VIRTUAL: _____PRESENCIAL: X LUGAR: Hospital Cardiovascular de Soacha

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Verificar el cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación en lo relacionado con la documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud, establecidos en la Resolución 256 de 2016, para los servicios de **Hospitalización Adultos y Pediatría**

HORA DE INICIO: 9 a.m. HORA DE FINALIZACIÓN: 4:30 p.m.

ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Lilibeth Escamilla Rubio	Calidad Hospital Cardiovascular de Cundinamarca	Líder Calidad	calidad@hccsa.com.co	3133911487	
Martha Garzon Rodríguez	R YF SAS	Auditora	Marthagarzonr975@gmail.com	3017402688	

1. **TEMAS A TRATAR**

Vigilar la correcta documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud dados desde la Resolución 256 de 2016.

DESARROLLO DE LA REUNION O DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realza la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 256 de 2016 y el Sistema Único de Habilitación, en lo referente a la medición, seguimiento, análisis y utilización de los indicadores de calidad en salud aplicables a los servicios de hospitalización adultos y pediatría, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, la mejora continua y la toma de decisiones basadas en resultados.

Aspectos a revisar

- Existencia e implementación del sistema institucional de medición y seguimiento de indicadores de calidad en salud.
- Cumplimiento de los indicadores de obligatorio reporte establecidos por el Ministerio de Salud.
- Análisis de resultados, tendencias y variaciones mensuales/trimestrales.
- Formulación y ejecución de planes de mejora derivados de resultados no conformes.
- Integración de los indicadores al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- Socialización y comunicación de resultados a los equipos asistenciales.
- Participación de los servicios de hospitalización adultos y pediatría en la gestión y análisis de los indicadores.
- Validación y control de calidad de los datos reportados.

Metodología aplicada

La auditoría se desarrolló mediante:

Revisión documental de informes institucionales de indicadores, fichas técnicas, matrices de seguimiento, actas de comité de calidad y planes de mejora del año 2025.

Entrevistas al personal responsable de calidad y jefaturas de hospitalización adultos y pediatría para validar la aplicación del sistema de medición.

Verificación en campo de la socialización de resultados, evidencias de tableros de control y registros de seguimiento en las áreas de los servicios auditados.

Requisitos revisados y hallazgos

S e aplicó lista de chequeo, obteniéndose el siguiente resultado:

LISTA DE CHEQUEO – HISTORIAS CLINICAS HOSPITALIZACIÓN ADULTOS Y PEDIATRÍA			
Ítem de verificación	**Evidencia requerida**	**Soporte presentado**	**Resultado**
1. La institución tiene implementado el sistema de medición y reporte de los indicadores de calidad definidos por la Resolución 256 de 2016.	Documento institucional o plan de indicadores, fichas técnicas, reportes a SOGCS o MIPRES.	Manual institucional llamado sistema de información donde se incluyen adicional a los indicadores de norma los institucionales como giro cama, estancia hospitalaria entre otros. Se anexa soporte de los indicadores contemplados en el manual para los servicios específicos evaluados manual ya anexo en soportes cirugía Plan institucional de indicadores, fichas técnicas actualizadas, evidencias de reportes al sistema nacional.	Cumple
2. Los indicadores priorizados incluyen los de obligatorio reporte para servicios hospitalarios (ej. infecciones asociadas a la atención, reingresos, mortalidad intrahospitalaria, eventos adversos).	Listado de indicadores priorizados, matrices de seguimiento, actas de comité de calidad.	Matriz institucional de indicadores de calidad, actas de Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.	Cumple
3. Se realiza análisis periódico de resultados y tendencias de los indicadores (mensual o trimestral).	Informes de seguimiento, gráficas de comportamiento, análisis de tendencias.	Informes mensuales/trimestrales de seguimiento a indicadores con análisis comparativo.	Cumple
4. Existen planes de mejora derivados de los resultados de los indicadores no conformes o en riesgo.	Planes de mejora firmados, cronogramas, responsables y seguimiento documentado.	Planes de mejora vigentes con trazabilidad en comités y evidencias de ejecución.	Cumple

5. Se garantiza la socialización de los resultados de los indicadores al personal asistencial y administrativo.	Actas de reuniones, evidencias de socialización, correos institucionales, capacitaciones.	Actas de comités, correos internos y capacitaciones realizadas.	Cumple
6. Los indicadores se encuentran integrados al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).	Documento del PAMEC, matriz de indicadores, informes de avance.	PAMEC institucional versión vigente con integración de indicadores.	Cumple
7. Se evidencia la participación activa de los servicios de hospitalización adultos y pediatría en el seguimiento a los indicadores.	Listas de asistencia, actas de reuniones, análisis de resultados por servicio.	Actas de comité donde participan jefes de hospitalización y pediatría.	Cumple
8. Existen indicadores específicos del servicio de hospitalización (ej. tasa de infección del sitio operatorio, caídas, úlceras por presión, reingresos no programados).	Matriz de indicadores específicos del servicio.	Informe de indicadores por servicio – Hospitalización adultos y pediatría.	Cumple
9. Se realiza validación y verificación de calidad de los datos antes del reporte institucional.	Procedimiento o protocolo de validación de datos.	Procedimiento documentado y evidencia de revisión de consistencia de datos.	Cumple
10. Los resultados de los indicadores se utilizan para la toma de decisiones y retroalimentación del talento humano.	Actas de comités, informes de gestión, evidencias de decisiones tomadas.	Informes de gestión institucional y planes de acción derivados de los resultados.	Cumple

Observación documental

Se evidencia que la institución cuenta con un **sistema institucional de indicadores de calidad** alineado con la Resolución 256 de 2016 y los lineamientos del PAMEC.
Se revisaron fichas técnicas actualizadas, informes de seguimiento mensual y reportes consolidados.
Cuenta con documento M01 EPI manual de vigilancia epidemiológica y prevención de infecciones.
En Documento M09GC denominado sistema de información, documento general del hospital en un aparte se evidencia la existencia y actualización de los indicadores que están alineados con la Resolución 256 de 2016, 1552 y los institucionales generales y aplicados a los servicios de hospitalización adulto
Los indicadores de obligatorio reporte se encuentran implementados y actualizados, incluyendo:

- Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Infecciones asociadas a catéteres (tracto urinario, torrente sanguíneo)
- Reingresos no programados en hospitalización.

- Mortalidad institucional.
- Caídas en pacientes hospitalizados.
- Úlceras por presión.
- Flebitis químicas o mecánicas
- Administración de medicamentos/ nutrición/hemo componentes

Se evidencia la ficha técnica realizada para cada indicador la cual cumple con los criterios metodológicos básicos: origen de información y fuente primaria definición clara, numerador y denominador definidos, unidad de medición y fórmula de cálculo. fuente de información identificada, periodicidad establecida y meta normativa e institucional alineada con estándares de oportunidad.

Se realiza evaluación del registro, consolidación para generar el informe y reporte interno/externo se evidencia socialización en la institución y el reporte mensual y trimestral a los entes de vigilancia y control para quienes corresponda el indicador presentan como soporte imagen de envío de los informes a las plataformas definidas

Verificación de indicadores exigidos aplicables al servicio de hospitalización adulto y pediatría

Se evidencia eventos adversos/Incidentes reportados, investigados y gestionados correspondientes a hospitalización adultos y pediatría para último trimestre agosto a septiembre así:

hospitalización pediatría	agosto	septiembre	octubre
evento	0	0	0
incidente	0	0	0

hospitalización adulta	agosto	septiembre	octubre
evento	10	3	1
incidente	4	2	7

Durante el periodo evaluado (agosto a octubre), se evidencia un seguimiento continuo a los eventos e incidentes reportados en los servicios de hospitalización adultos y pediatría. No se registran casos en hospitalización pediátrica se presentan los casos registrados en hospitalización adultos a continuación

Comportamiento general

- **Agosto:** 10 eventos y 4 incidentes en hospitalización adultos.
- **Septiembre:** 3 eventos y 2 incidentes.
- **Octubre:** 1 evento y 7 incidentes.
- **Total, trimestre:** 14 eventos y 13 incidentes.

El comportamiento muestra una disminución progresiva de eventos adversos, acompañada de un aumento en la notificación de incidentes, lo que se interpreta como una mejora creciente en la cultura de reporte y seguridad del paciente, fortaleciendo la identificación temprana de riesgos antes de que se materialicen en eventos adversos.

Eventos más frecuentes:

- Caídas de pacientes (5 casos en el trimestre, 36% del total de eventos).
- Flebitis química y mecánica (4 casos, 29%).
- Otros eventos: error en administración de nutrición parenteral, fuga de paciente no psiquiátrico, cancelación de cirugía, falla en administración de hemo componentes y error en entrega de resultados de laboratorio.

Incidentes más reportados:

Calidad o falla en dispositivos médicos (2 casos).
Flebitis química (3 casos en octubre).
Fallas en administración de hemoderivados, medicamentos e imágenes diagnósticas (1 caso cada uno).
Lesiones tipo MARSI (1 caso).
Ulceras por presión y caídas (2 casos en septiembre).

El análisis evidencia que los eventos relacionados con caídas y flebitis continúan siendo los principales riesgos en hospitalización, aunque se observa control clínico y seguimiento adecuado en comité de seguridad del paciente. Las flebitis químicas y mecánicas guardan relación directa con la administración de medicamentos intravenosos, lo que sugiere mantener refuerzo en la vigilancia de accesos venosos y rotación de catéteres periféricos según protocolos.
El aumento de incidentes en octubre (7 casos) refleja un mayor nivel de sensibilidad institucional para el reporte, especialmente en temas de tecnovigilancia y farmacovigilancia, con notificaciones sobre fallas en dispositivos médicos y medicamentos, las cuales fueron gestionadas y analizadas por los comités correspondientes.

Observación en visita de campo

Durante el recorrido por los servicios de hospitalización adultos y pediatría, se verifica que El personal asistencial demuestra conocimiento de los principales indicadores de calidad y las metas establecidas.
Se evidencia participación activa de los jefes de enfermería y auxiliares en la recolección y análisis de datos, así como seguimiento continuo a los resultados de seguridad del paciente.
No se identifican hallazgos negativos; los resultados reflejan una gestión efectiva y cultura de mejoramiento continuo.

Observaciones:

La institución dispone de documentación completa y actualizada de los indicadores.
Se encontró evidencia de la implementación y seguimiento periódico de cada indicador.
Los resultados son analizados en comité de calidad y generan planes de mejora.
Se cumple con el reporte oportuno a entes de control.
Se observa la implementación de un plan de mejora con indicadores de seguimiento, y acciones correctivas implementadas frente a variaciones detectadas en los indicadores.

Conclusión

La institución cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 256 de 2016 para los servicios de hospitalización adultos y pediatría.

El servicio de hospitalización adultos mantiene cumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente y farmacovigilancia, con tendencia positiva en el reporte de incidentes.

Se evidencia fortalecimiento del sistema de notificación y análisis de eventos en el marco del PAMEC y los comités de seguridad.

Las principales oportunidades de mejora se relacionan con la prevención de caídas y flebitis, reforzando las capacitaciones y la adherencia a guías de práctica clínica.

Recomendaciones

Mantener la actualización y seguimiento oportuno de los indicadores, asegurando la continuidad de los análisis comparativos trimestrales.

Continuar fortaleciendo la retroalimentación al personal asistencial, garantizando la apropiación de los resultados y la identificación de oportunidades de mejora.

Consolidar la trazabilidad documental de los planes de mejora derivados de indicadores de riesgo o no conformes.

Articular los resultados con los indicadores de acreditación en salud, promoviendo la mejora continua y la sostenibilidad de los logros alcanzados.

4. COMPROMISOS O ACTIVIDADES PENDIENTES

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Dar continuidad al cronograma de educación continua de acuerdo a vigencia programática para 2025	Lilibeth Escamilla	
2	Fortalecer el seguimiento a eventos adversos	Lilibeth Escamilla	