



SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA

**INFORME DE VISITAS DE ASISTENCIA TÉCNICA ESE SALUD PEREIRA
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD – SEGURIDAD DEL PACIENTE –
POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN**

Presentado por:

CLAUDIA PATRICIA VARON RAMIREZ

Enfermera Asistencia Técnica
Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud
Magister en Salud Pública
Verificadora de las condiciones de habilitación

Presentado a:

RODOLFO BURGOS PEREIRA

Secretario de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira

ALIS ALEXANDRA MANYOMA GÓMEZ

Directora Operativa de Vigilancia, Control y Aseguramiento

OLGA HELENA TRUJILLO FLOREZ

Líder Eje Estratégico Prestación de Servicios

DICIEMBRE 2025

PEREIRA



CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	CONCEPTOS BÁSICOS	6
3.	NORMATIVIDAD	13
4.	OBJETIVOS	21
4.1.	OBJETIVO GENERAL	21
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5.	METODOLOGÍA	22
6.	POBLACIÓN OBJETO	24
7.	SEMAFORIZACIÓN	26
7.1.	ASPECTOS POSITIVOS PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025	26
7.2.	OPORTUNIDADES DE MEJORA PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025	27
7.3.	ASPECTOS POSITIVOS SOGC	28
7.4.	OPORTUNIDADES DE MEJORA SOGC	29
8.	ANÁLISIS DE RESULTADOS 2025	31
8.1.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD 31	
8.1.1	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.	31
8.1.2	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.	33
8.1.3	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	34
8.1.4	SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.	35
8.2.	RESULTADOS POR COMPONENTE EVALUADO	36
8.3.	GRÁFICAS POR COMPONENTE SOGC	43
9.	IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	50
9.1.	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	52
9.1.1	RESULTADOS POLÍTICA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALES	54
9.1.2	RESULTADOS POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PUESTOS Y CENTROS DE SALUD	60
9.1.3	GRÁFICAS POR COMPONENTE DE SEGURIDAD EL PACIENTE	68
10.	IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN	81



10.1.	RESULTADOS POLITICA DE HUMANIZACIÓN.....	82
10.2.	GRÁFICAS POLITICA DE HUMANIZACIÓN	92
11.	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO 2025	97
12.	IPS EN PROCESO DE CIERRE QUE SE ENCUENTRAN ACTIVOS EN RESP	99
13.	CONCLUSIONES	100
14.	RECOMENDACIONES	101
15.	ANEXOS	104
15.1.	ACTA ACTA ASISTENCIA TÉCNICA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD – ESE SALUD PEREIRA SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD – SEGURIDAD DEL PACIENTE – HUMANIZACIÓN.....	104
15.2.	ACTA ASISTENCIA TÉCNICA IPS HUMANIZACIÓN EN SALUD.....	118
15.3.	ACTA ASISTENCIA TÉCNICA SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS.....	126
15.4.	ACTA ASISTENCIA TÉCNICA IPS SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD	140
16.	REGISTRO FOTOGRÁFICO	151



1. INTRODUCCIÓN

El presente informe técnico final consolida los hallazgos y el análisis resultante de las actividades de **asistencia técnica** realizadas por la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social del municipio de Pereira, dirigidas a la **ESE Salud Pereira** en el marco del **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS)**.

La labor de la Secretaría se enmarca en la definición de la asistencia técnica del Ministerio de Salud y Protección Social como:

“El proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por agentes del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades públicas, privadas y organizaciones sociales y comunitarias, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas de salud.” (Modelo de Asistencia Técnica 2012 – 2021, pág. 7)

Este proceso busca generar una **transferencia de conocimiento y capacidades** que impacte directamente en la gestión de la calidad de la institución prestadora.

El análisis de cumplimiento se fundamenta en el marco legal vigente que rige el SOGCS, priorizando los siguientes instrumentos normativos:

- **Decreto 780 de 2016:** Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Específicamente, la Parte 5, Título 1, Capítulo 1, que describe y reglamenta los cuatro componentes del SOGCS:
 - Sistema Único de Habilitación (SUH).
 - Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
 - Sistema Único de Acreditación (SUA).
 - Sistema de Información para la Calidad (SIC).
- **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de los servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Para evaluar la observancia de la ESE Salud Pereira a los estándares del SOGCS, la asistencia técnica contempló la realización de **visitas de acercamiento a cada sede**.

La metodología de verificación se centró en la aplicación de un **instrumento de seguimiento** diseñado específicamente con base en la normatividad vigente y las competencias de la Secretaría. Dicha revisión no solo abarcó los cuatro componentes del



SOGCS, sino que también incluyó la evaluación de la implementación de políticas transversales esenciales, como la **Política de Seguridad del Paciente** y la **Política de Humanización de la Atención en Salud**.

Este informe presenta un análisis detallado de los hallazgos y las fortalezas institucionales identificadas, con el propósito de generar un **aprendizaje organizacional** y definir acciones de mejora continua.



2. CONCEPTOS BÁSICOS

SALUD: Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones. Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.

ENFERMEDAD: Disfunción fisiológica o psicológica. Alteración biopsicosocial de un organismo producido por algún desorden interno o causa externa.

PACIENTE: Persona que recibe atención sanitaria.

SEGURIDAD: Cotidianamente se puede referir a la ausencia de riesgo o a la confianza en algo o en alguien.

Una definición dentro de las ciencias de la seguridad es "Ciencia interdisciplinaria que está encargada de evaluar, estudiar y gestionar los riesgos que se encuentra sometido una persona, un bien o el ambiente".

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

ACCIDENTE: Suceso imprevisto que altera la marcha normal o prevista de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona o cosa.

Elemento que con otro u otros configura el relieve de un terreno, como ríos, montañas o valles.

ATENCIÓN DE SALUD: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.



FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la Utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la Ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

✓ Evento adverso prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

✓ Evento adverso no prevenible

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

✓ Evento adverso severo

Se considera severo a aquel que causa la muerte o deja incapacidad mayor a 6 meses.

✓ Evento adverso centinela

Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirla a futuro. ¹

INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

COMPLICACIÓN: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud si no a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

BARRERA DE SEGURIDAD: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.



ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

ACCIONES DE MEJORA: Medidas realizadas o circunstancias modificadas para mejorar, minimizar y/o compensar un daño luego de un incidente.

ACCIONES TOMADAS PARA REDUCIR EL RIESGO: Medidas adoptadas para reducir, manejar o controlar un futuro daño, o la probabilidad de daño asociada con un incidente.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ: Metodología de análisis reactivo que orienta la investigación sistemática de las causas y el entorno en el que se produjo un incidente con daño, que podría no ser aparente de forma inmediata de acuerdo con la etapa de análisis y evaluación de riesgos del proceso de gestión de riesgos.

CAÍDA: Situación accidental determinada por pérdida de la posición estable del paciente, con proyección hacia el piso.

COMPLICACIÓN: Trastorno del paciente que surge durante el proceso de atención a la salud, sea cual sea el entorno en que se dispensa. Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.

CULTURA DE LA SEGURIDAD: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

INFECCIÓN ASOCIADA CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

MEDICACIÓN SEGURA: Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.



ÚLCERAS DE PRESIÓN: Lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos adyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE: Son atributos seleccionados de un paciente como por ejemplo su identificación o sus datos demográficos.

ATENCIÓN SANITARIA: Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener vigilar o restablecer La salud. Incluye el cuidado de la salud por un por uno mismo.

PELIGRO: Circunstancia agente o acción que puede reducir un riesgo o aumentarlo.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

DAÑO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN SANITARIA: Daño que se deriva de las acciones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia, o que se asocia a esta, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

LESIÓN: Daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

SUFRIMIENTO: Experiencia de algo subjetivamente desagradable.

DISCAPACIDAD: Cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad o restricción de la participación en sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

FACTOR CONTRIBUYENTE: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un de un incidente o que ha aumentado el riesgo de producirlo. Pueden ser externos o internos de la organización, relacionados con el personal o con el propio paciente.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implica la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Se define como el conjunto de herramientas, procedimiento y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión



de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE: Atributos seleccionados de un incidente tales como el tratamiento, la hora y la fecha o las especialidades que intervienen.

DETECCIÓN: Acción que da lugar al descubrimiento de un incidente; esto puede hacerse detectando un error a través de monitoreo o alarmas, un cambio en un examen de un paciente o una auditoria o evaluación de riesgos.

FACTOR ATENUANTE: Acción que impide o modera la evolución de un incidente ante la provocación de un daño a un paciente. La expresión “recuperación del error” se refiere a la combinación de la detección y la atenuación para recuperar un incidente que ya se presentó, pero no se refiere a la recuperación de un incidente que ya ha comenzado.

GRADO DE DAÑO: Es la intensidad y duración del daño y las repercusiones terapéuticas derivadas de un incidente.

RESILIENCIA: Grado en que el sistema es capaz de prevenir, detectar, y mitigar o mejorar peligros o incidentes. Permite recuperar lo antes posible la capacidad de desempañar las funciones luego de un incidente.

CALIDAD: Grado en el que los servicios de salud prestados produzcan los efectos deseados en la salud y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

FALLO DEL SISTEMA: Defecto o disfunción de los métodos operativos, procesos o infraestructura de una organización. Pueden ser fácilmente inadvertidos o evidentes y estar relacionados con el sistema, la organización o el paciente.

MEJORA DEL SISTEMA: Resultado de la cultura, los procesos y las estructuras dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad.

ANÁLISIS DE CAUSAS PROFUNDAS: Procesos sistémico y reiterativo para identificar los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia de los hechos cronológicamente y preguntándose repetidamente por qué hasta que hayan claudicado las causas subyacentes.

PRACTICA SEGURA: Intervención Tecnológica, científica o administrativa en el proceso asistencial con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.



INFECCIÓN: Es la invasión de un anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas. Las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones.

INFECCIÓN NOSOCOMIAL: Es una infección contraída durante una estancia en un centro de salud. Una infección se considera nosocomial si aparece al menos 48 horas después de entrar en las instalaciones de salud.

ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA: Son las enfermedades de fácil y rápida transmisión, provocadas por agentes patógenos. En ocasiones para que se produzca la enfermedad es necesaria la intervención de otro organismo viviente llamado agente intermediario, transmisor o vector.

BIOSEGURIDAD: Es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

MORTALIDAD: La causa básica de defunción se define como “la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal”.

MORBILIDAD: Es la proporción de personas o animales que se enferman en un sitio y tiempo determinado.

HUMANIZACIÓN EN SALUD: Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SOGCS: Es el conjunto de



instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

INDICADOR: Es un dato que pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinados. Habitualmente se trata de un dato estadístico (porcentajes, tasas, razones...) que pretende sintetizar la información que proporcionan los diversos parámetros o variables que afectan a la situación que se quiere analizar. Un indicador se toma o mide dentro de un período de tiempo determinado, para poder comparar los distintos períodos. La comparación de mediciones permite ver la evolución en el tiempo y estudiar tendencias acerca de la situación que miden, adquiriendo así un gran valor como herramienta en los procesos de evaluación y de toma de decisiones.

HABILITACIÓN: se entiende como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.

ACCESIBILIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

CONTINUIDAD: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”



3. NORMATIVIDAD

TABLA 1. NORMATIVIDAD SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
Ley	100 de 1993	23	12	1993	Congreso de la República	Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se definen sus componentes, incluyendo la base de los planes de beneficios.



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
Ley	1122 de 2007	9	1	2007	Congreso de la República	Por medio de la cual se reforma el SGSSS, estableciendo disposiciones relativas a la dirección, universalización, financiamiento, equilibrio, racionalidad del gasto y la definición de funciones.
Ley	1438 de 2011	19	1	2011	Congreso de la República	Reforma el SGSSS, buscando su fortalecimiento a través de un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS) , priorizando la coordinación, la calidad y la equidad.
Ley Estatutaria	1751	16	2	2015	Congreso de la República	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto	780 DE 2016	6	5	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario (DUR) del Sector Salud y Protección Social . La Parte 5, Título 1, Capítulo 1 contiene el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) .



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
Resolución	0256 de 2016	5	2	2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. <i>Aún vigente para el reporte de indicadores.</i>
Resolución	5095 DE 2018	19	11	2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se adopta el Manual de Estándares de Acreditación en Salud - Versión 3.1. <i>Se debe verificar si existe una versión posterior emitida por la entidad acreditadora (ICONTEC/ONAC) o el Ministerio.</i>
Resolución	3280 de 2018	2	8	2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y las Rutas Integrales de Atención para Grupos de Riesgo (RIAS), en el marco de la Política de Atención Integral en



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
						Salud (PAIS).
Resolución	3100 de 2019	5	11	2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción y Habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y se adopta el Manual. <i>Es la norma fundamental del SUH.</i>
Resolución	2215 de 2020	25	11	2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se modifican artículos de la Resolución 3100 de 2019. <i>Debe ser considerada junto con la 3100.</i>
Circular Externa	012 DE 2016	4	8	2016	Superintendencia Nacional de Salud (SNS)	Instrucciones relacionadas con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Sistema de Información para la Calidad (SIC) , incluyendo modificaciones a la Circular 047 de 2007.
Lineamiento	PSP - 2008	S/F	S/F	2008	Ministerio de Salud y Protección Social	Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
						Colombia. Fundamento para la prevención y reducción de Eventos Adversos.
Guía Técnica	Buenas Prácticas	S/F	S/F	2010	Ministerio de Salud y Protección Social	Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente en la Atención en Salud.
Pautas/Guías	PAMEC - 2007	S/F	S/F	2007	Ministerio de Salud y Protección Social	Pautas y Guías Básicas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. <i>Documentos base, aunque el PAMEC opera bajo los lineamientos del SOGCS (Decreto 780).</i>
Lista de Chequeo	Buenas Prácticas SUH	S/F	S/F	2014	Ministerio de Salud y Protección Social	Lista de Chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias en el Sistema Único de Habilitación. <i>La verificación actual debe remitirse al Manual de la R. 3100/19.</i>
Lista de Chequeo	Evaluación PAMEC	S/F	S/F	2015	Ministerio de Salud y Protección Social	Lista de Chequeo para la evaluación del Programa de



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
						Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC). <i>Documento de referencia para la autoevaluación.</i>
Paquetes Instruccionales	PSP	S/F	S/F	2010 - 2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Conjunto de guías temáticas que detallan las estrategias específicas para Detectar, prevenir y reducir los riesgos inherentes a la atención (IAAS, medicamentos, identificación, cirugías, caídas, úlceras por presión, salud mental, etc.).
Ordenanza	8	1	5	2020	Asamblea Departamental de Risaralda	Plan de Desarrollo Departamental 2020 - 2023. <i>Se debe verificar la vigencia de la norma y si el Plan de Desarrollo 2024-2027 ha sido aprobado, para incluir la nueva norma si aplica la dimensión de humanización.</i>
Acuerdo	45	2	1	2018	Concejo Municipal de Pereira	Por medio del cual se fomenta la humanización de la salud en el municipio de



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
						Pereira. Norma de carácter local relevante para la aplicación de la Política de Humanización.
LEY ESTATUTARIA	1616	21	1	2013	Congreso de la República	Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Garantiza el derecho a la atención integral y prioritaria en salud mental.
Resolución	488 DE 2019	25	2	2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Política de Atención Integral en Salud con Enfoque en Salud Mental (Generalmente articulada con la PAIS/RIAS).
Sentencia	C-233	5	5	2021	Corte Constitucional	Regulación del Derecho a Morir Dignamente a través de la eutanasia. Define los parámetros para el acceso al procedimiento y reitera su carácter de derecho fundamental.
Resolución	971	24	3	2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Regula los procedimientos para hacer efectivo



Tipo de Documento	Número de la Norma	Día	Mes	Año	Entidad que Emite	Descripción - Epígrafe del Documento (Actualizado)
						el Derecho a Morir con Dignidad, incluyendo el proceso de la Eutanasia, aplicable a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
Resolución	1216	4	5	2015	Ministerio de Salud y Protección Social	Regula la conformación y funcionamiento de los Comités Científicos Interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad. (Nota: Esta resolución puede haber sido ajustada por la R. 971 de 2021.)



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el cumplimiento y la calidad de los procesos administrativos, asistenciales y de gestión del riesgo, mediante la evaluación del Sistema Único de Habilitación, la ejecución del PAMEC y el reporte oportuno al SIC, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, la humanización de la atención y la mejora continua en todas las sedes de la ESE Salud Pereira.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Verificar el cumplimiento** de los **Estándares del Sistema Único de Habilitación (SUH)** en cada sede, priorizando la identificación y mitigación de riesgos asociados a la prestación de servicios.
- **Evaluar la implementación y el desarrollo** del **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)**, enfocándose en la ejecución de su ruta crítica y el impacto de las acciones de mejora.
- **Monitorear la calidad y oportunidad** del reporte de información al **Sistema de Información para la Calidad (SIC)**, validando el análisis de indicadores y la correcta notificación de datos a través de la Plataforma PISIS del SISPRO.
- **Realizar seguimiento a la implementación y apropiación** de las estrategias contempladas en la **Política de Seguridad del Paciente (PSP)**, evaluando la gestión de incidentes y eventos adversos, y el fortalecimiento de la cultura justa.



- **Evaluar el estado de implementación y el impacto** de la **Política de Humanización de la Atención en Salud**, verificando la integración del respeto por la dignidad, la autonomía y las necesidades integrales del paciente y su familia.

5. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la asistencia técnica y el análisis del cumplimiento del SOGCS en la ESE Salud Pereira se desarrolló a través de las siguientes fases, garantizando la rigurosidad técnica y el seguimiento al mejoramiento continuo.

1. Fase de Planeación y Preparación

Esta fase se centró en la actualización de las herramientas de evaluación y la coordinación operativa:

- **Validación Normativa:** Se realizó una **validación documental** exhaustiva de la legislación vigente y aplicable al SOGCS, incluyendo el **Decreto 780 de 2016** (DUR del sector salud), la **Resolución 3100 de 2019** (Habilitación), y la **Resolución 256 de 2016** (Sistemas de Información para la Calidad).
- **Actualización de Instrumentos:** Se procedió a la **actualización y ajuste del instrumento** de evaluación que sería aplicado durante las visitas de asistencia técnica, basándose en la última normativa y las competencias de la Secretaría.
- **Cronograma y Notificación:** Se **planteó y formalizó el cronograma** de las visitas a las diferentes sedes de la ESE Salud Pereira. Posteriormente, se efectuó la **notificación oficial** de las visitas a la Gerencia y a las áreas competentes de la ESE.

2. Fase de Ejecución y Recolección de Información

Durante la ejecución, se llevaron a cabo las actividades de verificación *in situ*:

- **Realización de Visitas:** Se realizaron las **visitas de asistencia técnica** programadas en las sedes de la ESE Salud Pereira.
- **Aplicación del Instrumento:** Se aplicó el **instrumento de seguimiento** actualizado para verificar el cumplimiento de los criterios del SOGCS, la Política de Seguridad del Paciente y la Humanización de la Atención.



- **Seguimiento de Planes Anteriores:** Se efectuó el **seguimiento y la validación de los planes de mejoramiento** derivados de los hallazgos identificados en el periodo inmediatamente anterior (año 2024), con el fin de verificar la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

3. Fase de Análisis y Retroalimentación

Esta fase se enfoca en la comunicación de los hallazgos y el establecimiento de compromisos:

- **Consolidación de Resultados:** Se realizó la **consolidación y el análisis riguroso de los resultados** obtenidos durante todas las asistencias técnicas.
- **Notificación de Hallazgos y Planes de Acción:** Durante el desarrollo de la visita y en el informe ejecutivo posterior, se **notificaron formalmente al prestador los hallazgos** (oportunidades de mejora) identificados. La ESE tiene la obligación de implementar los **Planes de Acción** requeridos y remitir los soportes documentales a la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social.
- **Elaboración y Notificación del Informe Ejecutivo:** Se realizó el **Informe Ejecutivo** que detalla los hallazgos, fortalezas y recomendaciones. Este informe fue **notificado formalmente a la ESE Salud Pereira** para orientar la implementación de las acciones de mejora.
- **Socialización de Resultados:** Finalmente, se llevó a cabo la **socialización de los resultados** obtenidos con la líder de la dimensión de Calidad y Humanización, asegurando el entendimiento mutuo y el compromiso con las acciones futuras.

Seguimiento Posterior: Las acciones correctivas y los planes de mejoramiento implementados por la ESE serán objeto de **validación de su despliegue e impacto** en las visitas de seguimiento posteriores, consolidando el ciclo de mejoramiento continuo.



6. POBLACIÓN OBJETO

La **Empresa Social del Estado (ESE) – Salud Pereira** es una entidad pública descentralizada del orden municipal, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. Fue constituida mediante el **Acuerdo Número 56 del 29 de agosto del año 2000**, emanado por el Concejo Municipal de Pereira. Su vida jurídica e inicio de operaciones se formalizó el **1º de enero del año 2001**.

Actualmente, la ESE Salud Pereira ofrece un amplio portafolio de servicios de salud de baja y mediana complejidad, que incluye:

- **Servicios Asistenciales:** Consulta Externa, Servicios de Urgencias, Internación General, y Atención de Partos de Bajo Riesgo.
- **Apoyo Diagnóstico y Terapéutico:** Servicios de Imagenología y Apoyo Diagnóstico.
- **Promoción y Prevención (PyP):** Ejecución de Actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, en línea con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

La ESE Salud Pereira opera mediante una **red de prestación de servicios consolidada y georreferenciada**, diseñada para cubrir de manera eficiente las necesidades de la población urbana y rural del municipio. Esta red se organiza alrededor de **tres (3) Nodos Principales de Atención**, conocidos como Unidades Intermedias:

- **Unidad Intermedia Cuba:** Cubre prioritariamente el sector Suroccidental.
- **Unidad Intermedia Kennedy:** Atiende las necesidades del sector Nororiental.
- **Unidad Intermedia Centro:** Brinda cobertura al sector central y áreas de influencia.

Cada una de estas Unidades Intermedias tiene asignada una órbita de **Centros y Puestos de Salud**, los cuales funcionan como **nodos secundarios**. Estos puntos de atención garantizan la accesibilidad y la continuidad en la prestación de servicios primarios de salud en sus respectivas áreas de influencia, contando con el soporte estructural y logístico correspondiente.

TABLA 2. DESCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS SEDES DE LA ESE SALUD PEREIRA



UNIDAD INTERMEDIA KENNEDY	UNIDAD INTERMEDIA CENTRO	UNIDAD INTERMEDIA SAN JOAQUÍN
1. Hospital de Kennedy	6. Hospital del Centro	15. Hospital de San Joaquín
2. Centro de Salud Villa Santana	7. Centro de Salud Santa Teresita	16. Centro de Salud Perla del Otún
3. Puesto de Salud La Florida	8. Centro de salud San Camilo	17. Centro de Salud Villa Consota
4. Puesto de Salud La Bella	9. Centro de Salud San Nicolás	18. Puesto de Salud Caimalito
5. Centro de salud Remanso	10. Centro de Salud Boston	19. Puesto de Salud Puerto Caldas
	11. Puesto de Salud Fonda Central	20. Puesto de Salud Arabia
	12. Puesto de Salud Crucero de Combia	21. Puesto de Salud Altagracia
	13. Centro de Salud Casa del Abuelo	22. Puesto de Salud Morelia
	14. Puesto de Salud Pital de Combia	



7. SEMAFORIZACIÓN

TABLA 3. SEMAFORIZACIÓN POR COMPONENTES AÑO 2025

N°	IPS	% TOTAL DE CUMPLIMIENTO SOGC	% TOTAL CUMPLIMIENTO SEG PTE	% CUMPLIMIENTO POLITICA DE HUMANIZACIÓN	% TOTAL CUMPLIMIENTO IPS
1	PUESTO DE SALUD LA BELLA	83%	100%	87%	92%
2	PUESTO DE SALUD LA FLORIDA	75%	68%	58%	67%
3	CENTRO DE SALUD VILLA SANTANA	83%	95%	100%	93%
4	CENTRO DE SALUD EL REMANSO	83%	66%	83%	77%
5	CENTRO DE SALUD PERLA DEL OTUN	83%	95%	100%	93%
6	CENTRO DE SALUD VILLACONSOTA	83%	95%	100%	93%
7	PUESTO DE SALUD CAIMALITO	83%	66%	55%	68%
8	PUESTO DE SALUD PUERTO CALDAS	50%	75%	94%	73%
9	CENTRO DE SALUD SAN CAMILO	83%	74%	100%	86%
10	CENTRO DE SALUD SANTA TERESITA	83%	85%	100%	89%
11	PUESTO DE SALUD MORELIA	83%	94%	94%	90%
12	PUESTO DE SALUD ARABIA	67%	64%	94%	75%
13	PUESTO DE SALUD ALTAGRACIA	67%	64%	80%	70%
14	PUESTO DE SALUD CRUCERO DE COMBIA	67%	49%	80%	65%
15	PUESTO DE SALUD PITAL DE COMBIA	0%	0%	0%	0%
16	CENTRO DE SALUD CASA DEL ABUELO	50%	49%	80%	60%
17	HOSPITAL DE KENNEDY	57%	62%	79%	66%
18	PUESTO DE SALUD FONDA CENTRAL	50%	54%	89%	64%
19	CENTRO DE SALUD BOSTON	50%	54%	89%	64%
20	CENTRO DE SALUD SAN NICOLAS	50%	54%	89%	64%
21	HOSPITAL DEL CENTRO	57%	87%	80%	75%
22	HOSPITAL SAN JOAQUIN	57%	62%	80%	66%
	TOTAL	66%	69%	82%	72%

Es de aclarar que la sede pital de Combia fue visitada por encontrarse abierta en el Registro Especial de Prestadores de Salud, pero las atenciones se realizan en la unidad móvil; es una decisión de la gerencia por el componente de participación social de la comunidad.

7.1. ASPECTOS POSITIVOS PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

- Cuentan con rondas de seguridad periódicas donde se valida seguridad del paciente.
- Cuentan con cronograma unificado para toda la institución de capacitaciones en la estrategia de 5 momentos de seguridad desarrollado en su totalidad.
- El personal asistencial de los diferentes servicios se encuentran adheridas a los protocolos de bioseguridad, protección personal, humanización y seguridad del paciente.
- El personal Identifica los principales riesgos que se presentan en los procesos de atención.
- Todos los eventos adversos son registrados en la historia clínica de la institución.
- Los protocolos de seguridad del paciente se encuentran de fácil acceso en la intranet.
- Continúan con el reporte oportuno de la información por parte de los líderes de procesos.



- En los diferentes servicios las enfermeras cuentan con carpetas ordenadas y rotuladas de acuerdo con la temática que se tiene programada, siguiendo el cronograma planteado tanto para buenas prácticas como de procesos prioritarios, para el año 2025 se encuentran notificando digital la información y consolidando en drive.
- Cuentan con control en la cobertura de las capacitaciones realizadas al personal, cumpliendo con el porcentaje planteado para los servicios.
- El ambiente en los diferentes servicios propicia el adecuado trato y mitigación de los eventos adversos en la institución.
- Se evidencia gestión por parte del equipo de seguridad del paciente.
- Se revisan las actas y demás análisis causales de seguridad del paciente, cumpliendo con el cronograma del comité, se hacen recomendaciones y asistencia técnica con respecto al análisis causal, introduciendo en el análisis a las IA.
- Acorde al cronograma de las visitas el equipo de la ESE realiza revisión previa de la sede, lo cual permite gestionar y articular todas las acciones que conducen al cumplimiento de la normatividad para la seguridad del paciente.
- Todos los aspectos de la política de humanización se evidencian son programaciones dando respuesta a la sistematicidad que pide la norma, con implementación, seguimiento, evaluación e intervenciones en cada una de las buenas prácticas planteadas en la política.
- La política de humanización se observa ampliamente fortalecida y desplegada en el hospital, especialmente en el servicio de ginecobstetricia con parto humanizado y con la implementación segura de la gestante.

7.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

- Implementar en todas las sedes la política de humanización incluyendo los ejes que contempla la política nacional y priorizando de acuerdo con el lineamiento de la mesa técnica de humanización.
- Fortalecer las estrategias para el despliegue de la política de humanización.
- Definir mecanismos diferentes de reporte de los eventos adversos.
- Incentivar en diferentes espacios el auto-reporte voluntario.
- Construir indicadores para el monitoreo de seguridad del paciente (estructura, proceso).
- Implementar análisis de paciente o sistema de paciente trazador que permita la búsqueda activa de fallas en la atención.
- Construir indicadores de monitoreo de las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.
- Documentar en el servicio una guía de preguntas que podría realizar el paciente.



- Implementar el protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con enfermedad mental, manejo de paciente agitado y de inmovilización.
- Implementar el protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.
- Definir mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental y riesgo de fuga.
- Identificar los riesgos que se pueden presentar en el proceso de atención de pacientes con patología mentales.
- Documentar el protocolo de identificación de medicamentos de alto riesgo.
- Definir las Políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.
- Definir los mecanismos de comunicación con enfoque diferencial.
- Construir la política institucional de canales de comunicación entre el personal de salud, el paciente y su familia.
- Contar con los elementos necesarios para la adecuada higienización de manos.
- Documentar el protocolo de uso racional de antibióticos.
- Documentar el protocolo de identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo.
- Definir el mecanismo de evaluación de complicaciones medicamentosas.
- Evaluar el protocolo de la correcta identificación en las muestras de laboratorio en todas las sedes.
- Documentar los mecanismos que garantizan la mitigación de los errores en identificación de muestras de laboratorio.

7.3. ASPECTOS POSITIVOS SOGC

- Cuentan con los distintivos visibles a la comunidad.
- Se observa la prestación de servicios de acuerdo con los servicios habilitados.
- Se observa que se ha garantizado la continuidad en los horarios de atención a la comunidad.
- La calidad del dato originado es un insumo importante para los indicadores de monitoria del sistema.
- Fortalecieron la inducción y reinducción del personal garantizando brindar la información a todo el personal
- Cuenta con evidencia que se realizó reporte oportuno de los indicadores.
- Cuentan con avance importante en el proceso de adopción de guías de práctica clínica.
- Mejora el proceso de referencia y contrareferencia aumentando el tiempo de respuesta a 24 horas y con la contratación de un profesional de enfermería que dinamiza el proceso.



- Cuentan con perfil epidemiológico actualizado, lo cual permite tomar decisiones con datos reales.

7.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA SOGC

- Fortalecer la cultura en el reporte de las evidencias del cumplimiento de las acciones contempladas en el PAMEC.
- Realizar análisis de los indicadores que permita generar acciones transversales que perduren en el tiempo, menos contingenciales más en busca de la gestión de la información.
- Involucrar a los líderes de procesos que tiene que ver con los indicadores de monitoria del sistema de programas.
- Realizar análisis de las metas de la institución con las metas nacionales, ya que son inferiores a lo recomendado por el ministerio.
- Realizar análisis de los indicadores que les permita tomar decisiones y generar acciones de mejoramiento realmente encaminadas al cumplimiento del objetivo de SOGC. En este análisis se debe incluir con claridad las fuentes de información, involucrar a los líderes de los procesos, analizar las acciones planteadas cuando el indicadore no mejora, entre otras.
- Analizar los resultados generando informes trimestrales de los indicadores de acuerdo con la definido en la circular N 30 de la Secretaria de Salud Departamental y alinear con los datos reportados en el tablero de mando de indicadores de la institución.
- Lo anterior permite generar programas, o proyectos o políticas institucionales que permitan impactar en la evolución de las condiciones de calidad en la atención.
- La ESE Salud Pereira es una institución muy extensa (22 sedes), por lo cual debería generar un sistema de reporte más tecnológico y sistemático, garantizando la veracidad en el reporte de la información y en la calidad del dato.
- Aunque la información es analizada en el comité de seguridad del paciente, no se evidencia claramente en el acta el seguimiento de los indicadores mensualmente, se recomienda que si no se presentan eventos anotar esta condición en el acta.
- Realizar análisis de la información recolectada con mayor enfoque, permitiendo tomas decisiones acertadas para la seguridad del paciente.
- Actualizar o recordar al personal de planta la importancia en la actualización de las certificaciones requeridas por norma.
- Articular el programa de inducción y reinducción con el programa de control de calidad interno y externo.
- La utilización de las listas en general, para todos los procesos asistenciales, es recomendada por la OMS y la OPS, por lo tanto, se recomienda la adecuación de



una lista que me permita identificar correctamente al paciente y a las muestras en el laboratorio clínico.

- El uso de manillas de colores que identifiquen a los pacientes ha demostrado ser de gran utilidad (Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales).
- Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.
- Realizar autoevaluación por servicio anual del componente en cada uno de los estándares de habilitación.
- Talento humano: Fortalecer la contratación prolongada del personal, fortalecer la adherencia del personal encargado a los lineamientos normativos, generar mayor compromiso en el personal de planta, realizar análisis de las hojas de vida verificando el cumplimiento.
- Infraestructura: Cumplir el plan de mantenimiento preventivo y correctivo en todas las sedes, realizar los ajustes de los consultorios, acelerar el plan de emergencias por sede, ajustar la infraestructura en lo requerido para el concepto sanitario.
- Dotación y mantenimiento de equipos: Contratación oportuna de la empresa de mantenimiento, para el año 2025 sólo se alcanzará a realizar un solo mantenimiento, ajustar el de modelo de atención para cumplir con los solicitado por la norma.
- Procesos prioritarios: Documentar, actualizar y revisar procesos, procedimientos, guías, manuales de muchos de los procesos por servicios, Socializarlos y evaluarlos.
- Medicamentos y dispositivos médicos: Continuar con la articulación con el operador logístico.
- Interdependencia: Ajustar el proceso de acuerdo con el conocimiento en el manejo normativo.

7.5. ASPECTOS POSITIVOS POLITICA DE HUMANIZACIÓN

- Se evidencia el despliegue de la política de humanización en las diferentes sedes.
- El personal conoce el enfoque de la Política de Humanización.
- Desarrollan con gran compromiso la semana de la humanización.

7.6. OPORTUNIDADES DE MEJORA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

- Implementar la política nacional de humanización y a las directrices de la mesa de humanización, los ejes y estrategias que debe contemplar la política de la ESE.



- Implementar mecanismos para realizar seguimiento a la adherencia de las estrategias de humanización.
- Definir estrategias para el fortalecimiento de las competencias, aptitudes y actitudes del talento humano.
- Definir indicadores para el monitoreo de las estrategias implementadas en el programa de humanización.
- Contar con estrategias para el fortalecimiento del ser de todo el personal, principalmente el asistencial.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS 2025

8.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

8.1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.

El **Sistema Único de Habilitación (SUH)**, como subsistema del SOGCS, representa el umbral mínimo obligatorio de calidad. Es el **conjunto de normas, requisitos y procedimientos** establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.



Su propósito fundamental es **establecer, registrar, verificar y controlar** el cumplimiento de las **Condiciones de Habilitación** por parte de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), las cuales se agrupan en tres ejes:

1. **Capacidad Tecnológica y Científica:** Asegurar que los recursos físicos, tecnológicos y el talento humano sean idóneos para la prestación del servicio.
2. **Suficiencia Patrimonial y Financiera:** Garantizar la sostenibilidad y continuidad de la operación.
3. **Capacidad Técnico-Administrativa:** Verificar la existencia de procesos y estructuras organizacionales eficientes.

El objetivo esencial del SUH es **garantizar la seguridad de los usuarios** frente a los riesgos potenciales inherentes a la prestación de servicios, siendo su cumplimiento un **requisito inexcusable** para operar.

Aspectos Clave Verificados en la Asistencia Técnica

Durante las visitas de asistencia técnica a la **ESE Salud Pereira**, la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira priorizó la verificación de los siguientes aspectos, conforme a la normatividad vigente (Resolución 3100 de 2019 o la que aplique):

1. Verificación del Registro en el REPS

Se constató que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) cuente con su **inscripción y/o reporte de novedades vigente** en el **Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS)**. Este registro no solo da fe pública de su existencia, sino que también detalla los servicios de salud que tiene habilitados para ofrecer.

2. Revisión de la Autoevaluación de Estándares

Se verificó la realización y documentación de la **Autoevaluación** como ejercicio esencial de la IPS. Este proceso consiste en la **revisión interna sistemática** por parte del personal de la IPS de cada una de las características de los servicios a inscribir y habilitar, contrastándolas rigurosamente con los **estándares y criterios** definidos en la Resolución 3100 de 2019. El objetivo es determinar si la IPS **cumple cabalmente** con todos y cada uno de los criterios exigidos para los servicios que pretenden prestar.

3. Observación del Distintivo de Habilitación

Se constató la **correcta ubicación y visibilidad** del **Distintivo de Habilitación** de los servicios. Este distintivo es un mecanismo de información al usuario que certifica que los servicios ofrecidos en la sede han sido declarados y cumplen con las condiciones mínimas del SUH. Su correcta exhibición contribuye a la **transparencia y confianza** en la prestación.



8.1.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

El **Sistema de Información para la Calidad (SIC)** es un componente estratégico del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

El SIC, concebido e implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social (antes de la Protección Social), persigue un doble objetivo fundamental:

1. **Estimular la Competencia por Calidad:** Fomentar la mejora continua y el desempeño sobresaliente entre los agentes del sector salud.
2. **Orientar al Usuario:** Proporcionar información pública, objetiva y comparable sobre las características y los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

El fin último es **empoderar a los ciudadanos** para que puedan ejercer su **derecho a la libre elección** de prestadores y aseguradores, tomando **decisiones informadas** en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Resolución clave que rige este componente es la **Resolución 256 de 2016** (o la norma que la modifique), la cual dicta las disposiciones técnicas y operativas del SIC. Esta normativa establece los **Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud**, que permiten:

- **Evaluar el Desempeño y Resultados:** Medir la eficacia y eficiencia de la gestión de los agentes del SGSSS.
- **Garantizar la Transparencia:** Brindar datos medibles que soportan la información puesta a disposición del público.

El Ministerio de Salud y Protección Social es responsable de consolidar y publicar estos datos en su página web, facilitando el **acceso público en línea** a la información de calidad.

El reporte de la información del SIC es una **responsabilidad indelegable** de las siguientes entidades obligadas (agentes del SGSSS):

- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Servicios de Transporte Especial de Pacientes (STEP).
- **Información a Reportar:** La contenida y detallada en los Anexos Técnicos (generalmente el No. 2 y No. 3) de la Resolución 256 de 2016, que especifica los indicadores a reportar.



- **Plataforma de Reporte:** La información debe ser remitida de manera **obligatoria** a través de la **Plataforma de Intercambio de Información (PISIS)**, que hace parte del **Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)** del Ministerio.
- **Periodicidad:** La Resolución 256 de 2016 (o sus modificaciones) define el **período y los plazos específicos** para el envío de esta información, asegurando su recolección oportuna para la consolidación y publicación.

8.1.3 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

El **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)** constituye el componente de **Mejoramiento Continuo** dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

El PAMEC se define como el **mecanismo sistemático y continuo** mediante el cual las instituciones de salud (IPS, EAPB, entre otros agentes) evalúan de forma permanente el cumplimiento de **estándares de calidad**.

- **Naturaleza:** Es un proceso cíclico de evaluación y acción.
- **Intencionalidad:** Sus estándares son **superiores** a los mínimos básicos del Sistema Único de Habilitación (SUH) y están **orientados hacia los niveles de calidad de la Acreditación en Salud**.

El objetivo primordial del PAMEC es consolidarse como un **instrumento de evaluación y monitorización permanente** que impulse la calidad en la atención, bajo los principios del mejoramiento continuo. Su foco está en:

1. **Gestión de Riesgos:** Identificar y priorizar los **procesos críticos** que conllevan riesgos significativos en la prestación, buscando proteger al usuario de los principales eventos adversos o fallas en el proceso de atención.
2. **Orientación a la Acreditación:** Servir de ruta para alcanzar progresivamente los estándares superiores que conducen a la Acreditación en Salud. Para el caso de la ESE este componente no está implementado.

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) están obligados a diseñar e implementar un programa de auditoría que incorpore mecanismos para:

- **Evaluación de la Satisfacción del Cliente:** Medir la percepción del usuario, siendo este un proceso prioritario y transversal en el marco del SOGCS.
- **Abordaje de Problemas de Calidad:** Identificar y gestionar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización a través de la priorización de procesos, garantizando la obtención de los resultados esperados.



Para garantizar los resultados esperados y la efectividad del programa, el PAMEC exige el desarrollo estricto de la siguiente **ruta crítica** (Ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar, Actuar):

TABLA 4. ETAPA RUTA CRÍTICA

Etapa de la Ruta Crítica	Descripción del Proceso	Eje del PHVA
1. Autoevaluación	Revisión sistemática del cumplimiento de los estándares de calidad de la institución (estándares superiores).	Planear (P)
2. Selección y Priorización de Procesos	Identificación de los procesos críticos a mejorar, basados en riesgos y oportunidad de impacto.	Planear (P)
3. Definición de la Calidad Esperada	Establecer la meta o el estándar deseado de desempeño para el proceso seleccionado.	Planear (P)
4. Medición Inicial del Desempeño	Cuantificación de la línea de base del proceso priorizado mediante indicadores.	Planear (P)
5. Plan de Acción / Plan de Mejoramiento	Diseño de las intervenciones y estrategias específicas para alcanzar la calidad esperada.	Planear (P)
6. Ejecución y Seguimiento	Implementación de las acciones y monitoreo continuo de los indicadores de proceso y resultado.	Hacer (H) y Verificar (V)
7. Aprendizaje Organizacional	Documentación de los resultados y lecciones aprendidas para la estandarización de mejoras y difusión interna.	Actuar (A)

8.1.4 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

El **Sistema Único de Acreditación (SUA)** es el componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) que promueve el logro de **niveles superiores de calidad** en la atención en salud.

El marco normativo que rige el SUA ha evolucionado para fortalecer su implementación y alcance, destacándose:

- **Reglamentación Inicial:** El sistema se reglamentó originalmente con la Resolución 1774 de 2002 y fue modificado posteriormente por las Resoluciones 1445 de 2006 y 123 de 2012.
- **Modernización Clave:** El **Decreto 903 de 2014** (y la normativa que lo complemente o modifique) es fundamental, pues busca la modernización y actualización de este



sistema, ajustándolo para potenciar la implementación de **estándares de calidad superiores** en la atención.

El SUA se define como el **conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa**.

- **Propósito:** Demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de **niveles superiores de calidad** que superan los requisitos mínimos de habilitación (SUH).
- **Carácter:** Es un proceso de **adopción voluntaria** por parte de las organizaciones que deciden acogerse a él, lo que lo diferencia del SUH (obligatorio) y del PAMEC (obligatorio).
- **Agentes que Acreditan:** Está disponible para:
 - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
 - Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
 - Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El proceso de acreditación se basa en un ciclo continuo que exige la participación activa de la organización:

1. **Autoevaluación:** La entidad realiza una valoración exhaustiva y rigurosa de su desempeño en relación con los estándares de acreditación definidos.
2. **Mejoramiento Continuo:** Utilización de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) como instrumento interno para cerrar brechas de calidad identificadas.
3. **Evaluación Externa:** La entidad es sometida a una verificación por parte de un organismo Acreditador (actualmente, ONAC o la entidad definida por el Ministerio) para obtener el reconocimiento formal de la Acreditación.

8.2. RESULTADOS POR COMPONENTE EVALUADO

Teniendo como base todo lo anterior, a continuación, se muestra por medio de una tabla los resultados por cada uno de los componentes evaluados:

TABLA 4. RESULTADOS 2025 POR CADA UNO DE LOS ÍTEMS EVALUADOS

SUH: SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN

Distintivos Visibles (22 Sedes).



Este es el único indicador común que puede ser resumido para la **totalidad de la red** de la ESE Salud Pereira (19 Centros/Puestos + 3 Hospitales).

TABLA 5. CUMPLIMIENTO SUH AÑO 2025

Cumplimiento (C) / No Cumplimiento (NC)	Total de Sedes	Porcentaje (%)
C (Cumplen)	20	90.9
NC (No Cumplen)	2	9.1
Total Sedes Verificadas	22	100

Nota: Las sedes con No Cumplimiento (NC) en este indicador son: Puesto de Salud Puerto Caldas y Puesto de Salud Crucero de Combia.

Resumen de Cumplimiento en Gestión del SUH (Solo 3 Unidades Intermedias)

Esta tabla resume el cumplimiento de los indicadores de gestión clave del Sistema Único de Habitación (SUH) verificados únicamente en los tres (3) hospitales (Unidades Intermedias): Kennedy, Centro y San Joaquín.

TABLA 6. CUMPLIMIENTO SUH AÑO 2025

Indicador Verificado	Cumplimiento (C)	No Cumplimiento (NC)	No Aplica (NA)
Cuenta con Registro en REPS	3	0	0
Realizó reporte de novedades al REPS	0	1 (Kennedy)	2 (Centro, San Joaquín)
Realiza autoevaluación anual (Res. 3100)	3	0	0
Se genera Plan de Mejoramiento por Autoevaluación	3	0	0
Realizan seguimiento a Plan de Mejoramiento	3	0	0
Cuenta con distintivos visibles	3	0	0

SIC: SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Para el año 2025, el SIC contó con un cumplimiento del 60%, representado en los resultados consolidados de la siguiente tabla:

TABLA 7. CUMPLIMIENTO SIC AÑO 2025

Indicador Verificado	Cumplimiento (C)	No Cumplimiento (NC)
La institución realizó el reporte oportuno de indicadores a la Supersalud.	100% (22 UI)	0%(0 UI)



Indicador Verificado	Cumplimiento (C)	No Cumplimiento (NC)
Cuentan con tablero de mando para el monitoreo de los indicadores.	100% (22 UI)	0% (0 UI)
Realiza el análisis de los resultados de los indicadores.	100% (22 UI)	0% (0 UI)
Genera planes de mejoramiento según el comportamiento de los indicadores.	0% (0 UI)	100%(22 UI)
Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.	0% (0 UI)	100% (22 UI)

PAMEC: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

TABLA 8. CUMPLIMIENTO PAMEC AÑO 2025

 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C)	 No Cumplimiento (NC)
Cuenta con documento PAMEC físico o digital.	100%	0%
Cuenta con autoevaluación	100%	0%
Cuenta con priorización de procesos.	100%	0%
Cuenta con enfoque del PAMEC	100%	0%
Cuál es la duración de la implementación del PAMEC.	100%	0%
Cuenta con la evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento.	NA	NA
Cuenta con evaluación de los indicadores de calidad	NA	NA
Cuentan con reporte de circular 012 / 2016 de la Supersalud.	100%	0%
Cuenta con presupuesto asignado para el desarrollo del PAMEC.	0%	100%



 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C)	 No Cumplimiento (NC)
Identificar estrategias de despliegue de las acciones del PAMEC en los puestos y centros.	NA	NA

Cuenta con la evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento, Cuenta con evaluación de los indicadores de calidad e Identificar estrategias de despliegue de las acciones del PAMEC en los puestos y centros. En el momento de las visitas no se pudo evidenciar estos aspectos dado que estaba sujeto al desarrollo del cronograma del despliegue de la ruta crítica.

SUA: SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

TABLA 9. CUMPLIMIENTO SUA AÑO 2025

 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C)	 No Cumplimiento (NC)
La institución emprendió el camino a la acreditación.	0%	100% (22UI)
Cuenta con acto administrativo que declara el inicio del proceso de acreditación.	NA	NA
Cuentan con cronograma para el desarrollo de la ruta de acreditación.	NA	NA
Cuenta con seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora para el proceso de la acreditación.	NA	NA

GPC: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

TABLA 10. CUMPLIMIENTO GPC AÑO 2025

 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C)	 No Cumplimiento (NC)	 No Aplica (NA)	Alcance
--	--	--	--	---------



 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C)	 No Cumplimiento (NC)	 No Aplica (NA)	Alcance
Se ha realizado socialización de la implementación de las GPC.	19	1	2	22 Sedes
Se realiza evaluación de adherencia a las GPC.	19	1	2	22 Sedes
Cuenta con perfil epidemiológico definido.	3	0	0	3 Hospitales
Cuentan con acto administrativo de la adopción de guías de práctica clínica.	3	0	0	3 Hospitales
Cuentan con los soportes de la aplicación del método AGREE II.	0	0	3	3 Hospitales
Se hace la retroalimentación al interior de la institución los resultados de la evaluación de adherencia de las GPC.	3	0	0	3 Hospitales
Se realiza cruce de los resultados de la evaluación de adherencia con la presentación de eventos adversos.	0	3	0	3 Hospitales

HOSPITAL SEGURO

TABLA 11. CUMPLIMIENTO HOSPITAL SEGURO AÑO 2025

 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C) / Sí	 No Cumplimiento (NC) / No	Alcance
Tienen un documento escrito del PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIO.	3	0	3 Hospitales
El plan incluye el componente de respuesta a emergencias internas.	3	0	3 Hospitales



 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C) / Sí	 No Cumplimiento (NC) / No	Alcance
El plan incluye el componente de respuesta a emergencias externas.	3	0	3 Hospitales
Tienen Comité de Emergencias.	3	0	3 Hospitales
Quiénes hacen parte del comité de emergencias.	3	0	3 Hospitales
¿Han realizado simulacros para emergencias internas?	13 (3 Hosp + 10 P/C)	9 (0 Hosp + 9 P/C)	22 Sedes
¿Han realizado simulacros para emergencias externas?	6 (3 Hosp + 3 P/C)	16 (0 Hosp + 16 P/C)	22 Sedes

DISCAPACIDAD

TABLA 12. CUMPLIMIENTO DISCAPACIDAD AÑO 2025

 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C/SI)	 No Cumplimiento (NC/NO)	 No Aplica (NA)	Alcance
Ingreso accesible y sin barreras arquitectónicas.	16 (3 Hosp + 13 P/C)	6 (0 Hosp + 6 P/C)	0	22 Sedes
Talento humano formado en lengua de señas colombiana.	0	22 (3 Hosp + 19 P/C)	0	22 Sedes
Servicio de consulta externa accesible (discapacidad motora).	19	3	0	22 Sedes
Servicios sanitarios cuentan con dispensador/barras/toallero (accesibilidad baños).	0	22	0	3 Hospitales
Se tiene ítem o marcación para identificar usuario con discapacidad en historia clínica (HC).	3	0	19	3 Hospitales



 Indicador Verificado	 Cumplimiento (C/SI)	 No Cumplimiento (NC/NO)	 No Aplica (NA)	Alcance
Cuenta con un modelo de atención con enfoque diferencial .	0	3	19	3 Hospitales
Se cuenta con caracterización de poblaciones vulnerables (incluye discapacidad).	3	0	19	3 Hospitales

A continuación, se presentan las mismas variables abordadas en el cuadro anterior, pero se hace promedio de los resultados, brindando un porcentaje de cumplimiento en cada uno de los aspectos evaluados.

TABLA 15. CONSOLIDADO VARIABLES SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

VARIABLE	Frecuencia	PORCENTAJE (%)
SUH: SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.	SI	91
	NO	9.1
SIC: SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD	SI	60
	NO	40
PAMEC: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	SI	60
	NO	40
SUA: SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	SI	0
	NO	100
GPC: GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	SI	72
	NO	28
HOSPITAL SEGURO	SI	85
	NO	15
DISCAPACIDAD	SI	57



8.3. GRÁFICAS POR COMPONENTE SOGC

A continuación, se presentan los resultados del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, iniciando con el consolidado de los últimos años continuando con la descripción del año 2025, así:

GRÁFICA 1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR AÑO SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

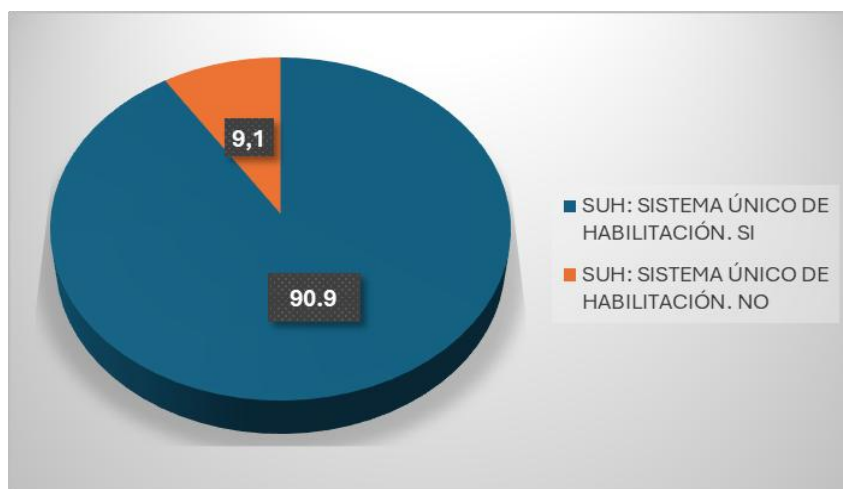


El Sistema Único de Habilitación se define como un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica -estándares de habilitación, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el mercado de servicios en salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud, tal como se observa en la gráfica anterior, la ESE para el año 2025 todos estos aspectos se cumplen en un 91%.

A continuación, las gráficas muestran el porcentaje de cumplimiento para el año 2025, iniciando con el sistema único de habilitación.



GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN AÑO 2025.



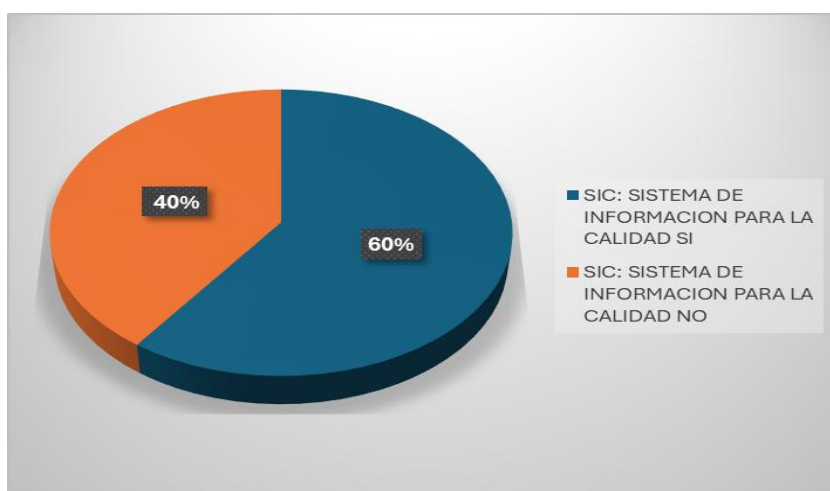
Como se observa en la gráfica anterior, el sistema único de habilitación cumple en un 90.9%. Es importante tener en cuenta los ítems evaluados en el sistema único de habilitación son: el portafolio de servicios, discapacidad, guías de práctica clínica, distintivos visibles la comunidad, horarios de atención y hospital seguro.

El Sistema de Información para la Calidad pretende realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas



en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

GRÁFICA 3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD AÑO 2025.

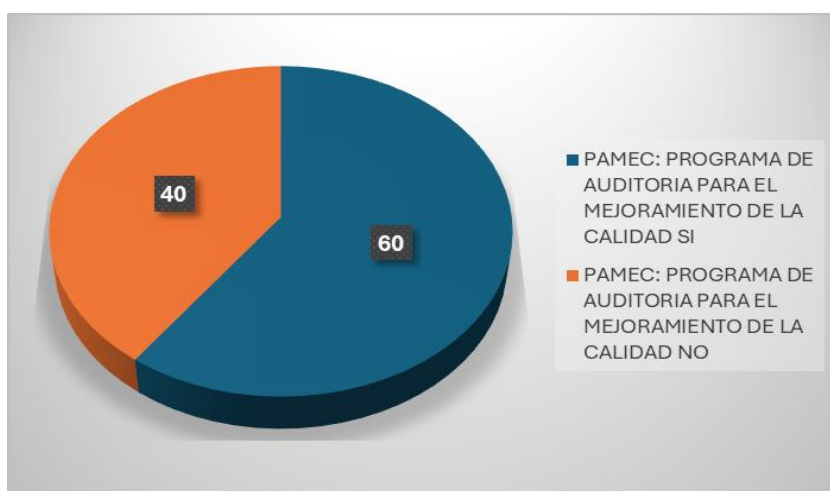


Para el año 2025, el sistema de información para la calidad cumple en un 60%, con un 40% no cumple lo cual integra organizar el proceso para consolidarlo, ejecutar planes de mejoramiento y análisis de los indicadores. Los ítems evaluados en el sistema de información para la calidad son: La institución realizó el reporte oportuno de los indicadores a la Supersalud, cuentan con tablero de mando para el monitoreo de los indicadores, realiza el análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales, genera planes de mejoramiento según el comportamiento de los indicadores, realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.



El PAMEC es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, la anterior definición hace referencia al Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud. A continuación, el porcentaje de cumplimiento para el año 2025.

GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD AÑO 2025.



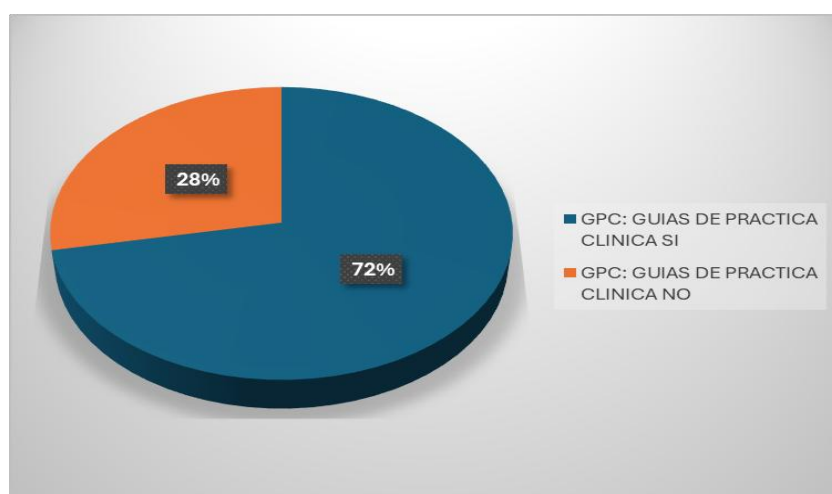
La ESE para el año 2025 cumple en un 60%, el porcentaje faltante equivale al ítem evaluado con respecto a cuenta con documento PAMEC, cuenta con autoevaluación, cuenta con priorización de procesos, cuenta con enfoque del PAMEC, define duración del ciclo PAMEC, evidencia seguimiento a las acciones de mejoramiento, cuenta con evaluación de indicadores de calidad, cuenta con reporte de la circular 012/2016, cuenta con presupuesto asignado al PAMEC, identificar estrategias de despliegue de las acciones del PAMEC.

El Sistema Único de Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de



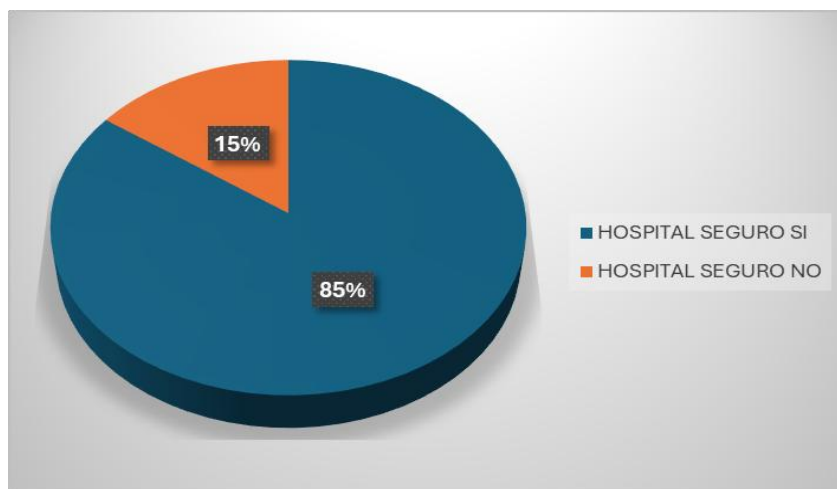
Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones para mejorar la calidad de las prestaciones de servicio y quedando de esta manera evaluadas y admitidas como entidades prestadoras de alta calidad. La ESE Salud Pereira no se encuentra en camino a la acreditación para el año 2025.

GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA AÑO 2025



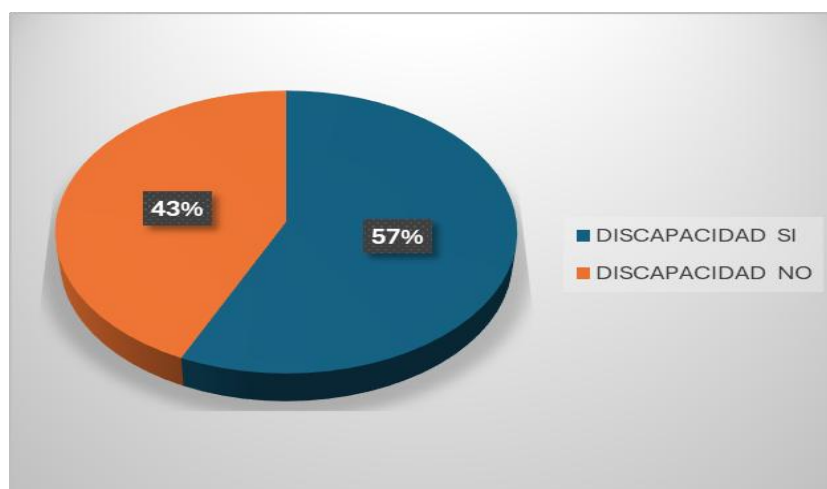
Es un proceso que se encuentra en un 72% de cumplimiento, aunque fue un año de avance no fue constante y poco incluyente para algunos servicios como odontología.

GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HOSPITAL SEGURO AÑO 2025.



La ESE Salud Pereira cumple en un 85%, realizando el comité de emergencias y los simulacros internos o externos. El documento de plan de emergencias se encuentra en construcción para las 22 sedes, siendo este un factor importante ya que es un requisito de obligatorio cumplimiento por habilitación.

GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DISCAPACIDAD AÑO 2025.

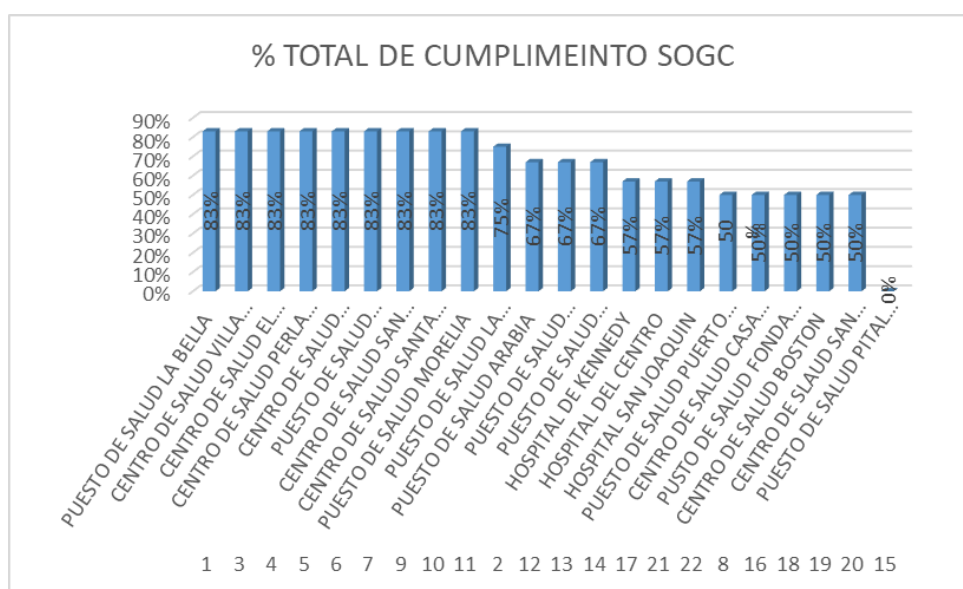




Dentro de este ítem se encuentra que el 57% la ESE cumple con aspectos como accesibilidad al ingresar a la institución, un ítem o marcación para identificar al paciente con discapacidad en la historia clínica por otro lado el 43% no cumplen con medidas como caracterización de poblaciones vulnerables y con talento humano de intérpretes de la lengua de señas colombiana.

En la siguiente gráfica, se describen los porcentajes de cumplimiento por cada una de las sedes en el SOGC.

GRÁFICA 8. CUMPLIMIENTO 2025 DEL SOGC POR SEDE.



Los datos revelan una amplia dispersión en el cumplimiento total del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS), con las sedes agrupadas en cuatro niveles de riesgo:

TABLA 16. CUMPLIMIENTO AGRUPADO POR SEDES AÑO 2025

Nivel de Riesgo/ Cumplimiento	Rango de Cumplimiento	Número de Sedes	Distribución de Sedes
Bajo	83%	9 Sedes	Puesto de Salud La Bella, Centros de Salud Villa Santana,



Nivel de Riesgo/ Cumplimiento	Rango de Cumplimiento	Número de Sedes	Distribución de Sedes
(Cumplimiento Alto)			El Remanso, Perla del Otún, Villaconsota, Caimalito, San Camilo, Santa Teresita, y Puesto de Salud Morelia.
Medio-Bajo	75%	1 Sede	Puesto de Salud La Florida.
Medio-Alto (Alerta Crítica)	67%	7 Sedes	Puestos de Salud Arabia, Altagracia, Crucero de Combia; y los 3 Hospitales (Kennedy, Centro, San Joaquín).
Alto (Falla Grave)	50%	5 Sedes	Puesto de Salud Puerto Caldas, Centro de Salud Casa del Abuelo, Puesto de Salud Fonda Central, Centro de Salud San Nicolás, y el Puesto de Salud Pital de Combia.

Conclusiones Derivadas de la Distribución de Porcentajes:

1. **Grupo de Excelencia Relativa (83%):** Nueve sedes (principalmente Puestos y Centros) demuestran un nivel de madurez homogéneo y alto en la implementación del SOGCS. Estas sedes podrían ser modelos internos para replicar buenas prácticas.
2. **Riesgo Concentrado en Hospitales:** Los tres hospitales de la Red se encuentran en el grupo de riesgo **Medio-Alto** (57% de cumplimiento). Dado que los hospitales son las sedes de mayor complejidad y recurso, este porcentaje sub-óptimo representa un riesgo asistencial y operativo significativo.
3. **Fallas Individuales Graves (50% o menos):** Cinco sedes presentan un cumplimiento extremadamente bajo.
4. Puesto de Salud Pital de Combia alcanzando un **0% de cumplimiento**, no se visita ya que se encuentra abierta para dar respuesta a la comunidad en donde las atenciones se realizan en la unidad móvil.

9. IMPLEMENTACIÓN DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La **Política de Seguridad del Paciente (PSP)** es un componente esencial y transversal del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), orientada a garantizar que los servicios de salud sean seguros y mitiguen el daño evitable.

La PSP se concibe como el **conjunto articulado de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías** que tienen sustento en la evidencia científica. Su finalidad es:

- **Minimizar el Riesgo:** Reducir la probabilidad de que un paciente sufra un **Evento Adverso (EA)** o un **Incidente** durante el proceso de atención.



- **Mitigar Consecuencias:** Cuando el riesgo se materializa, garantizar la gestión y la respuesta adecuada para minimizar el impacto del daño.

La implementación de la PSP implica la **evaluación permanente y proactiva de los riesgos** asociados a la atención, lo que permite el diseño e implantación de **barreras de seguridad** efectivas en cada proceso asistencial.

La implementación de la PSP en Colombia se enfoca en dos líneas estratégicas:

1. Prevención y Reducción de Eventos Adversos

El propósito fundamental es **prevenir la ocurrencia de situaciones inseguras** y, de ser posible, **eliminar o reducir la incidencia de Eventos Adversos (EA)**. Esto asegura que las instituciones funcionen bajo estándares de seguridad operativa.

2. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente

Este lineamiento busca integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente. Esto es crucial para:

- Fomentar el **desarrollo de capacidades** en todo el talento humano.
- Promover una **cultura justa y no punitiva**, donde los errores se reportan y se analizan como oportunidades de mejora del sistema, no como fallas individuales.

Durante las visitas de asistencia técnica realizadas por la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira a la **ESE Salud Pereira**, se pudieron evidenciar fortalezas significativas en la implementación de la PSP:

- **Reporte y Consolidación de Información:** Se observa un **gran avance y madurez** en los procesos de reporte y consolidación de la información de incidentes y eventos adversos, lo que es indicativo de una gestión de riesgos activa.
- **Integración Interdisciplinaria:** Se resalta la **integración efectiva** de las diferentes áreas y servicios en el abordaje de los componentes de la PSP, lo cual es vital para la implementación de acciones de mejora sistémicas.
- **Apropiación del Conocimiento:** Se verificó una **adecuada apropiación y conocimiento** sobre el tema por parte del personal clave, como los enfermeros de los servicios y los líderes de procesos.

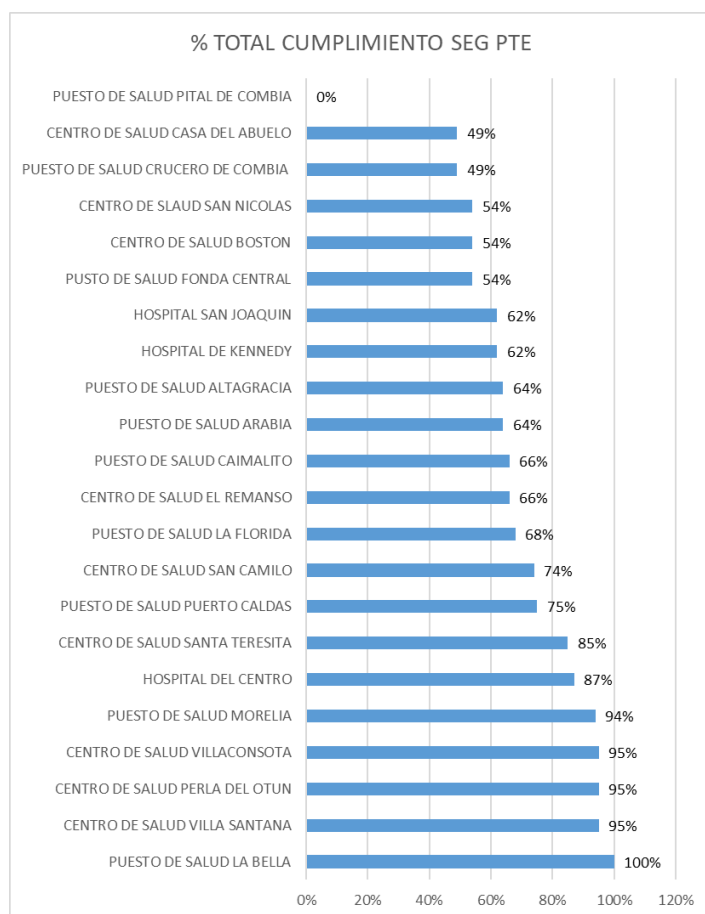
Estos aspectos son un **factor clave de éxito** que permiten y demuestran una **implementación robusta y efectiva** de la Política de Seguridad del Paciente dentro de la ESE Salud Pereira, contribuyendo directamente a la prestación de servicios más seguros.



9.1. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se realizó visita a 22 sedes en las cuales se logra verificar que el 100% de ellas cuentan con el programa de seguridad del paciente y además de ello también tiene la política de seguridad del paciente la cual involucra a la alta gerencia en la implementación del programa. A continuación, el porcentaje de cumplimiento por sede:

GRÁFICA 9. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR SEDE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025.





Los datos de cumplimiento en Seguridad del Paciente en la Red de 22 sedes presentan una amplia dispersión, con una clara concentración de riesgo en más de la mitad de las sedes.

TABLA 17. NIVEL CUMPLIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025

Nivel de Cumplimiento	Rango de Porcentaje	Número de Sedes	Sedes Identificadas
Nivel 1: Alto Cumplimiento	90% - 100%	5	Puesto de Salud La Bella (100%), Centro de Salud Villa Santana (95%), Perla del Otún (95%), Villa consota (95%), Puesto de Salud Morelia (94%).
Nivel 2: Satisfactorio	80% - 89%	2	Hospital del Centro (87%) y Centro de Salud Santa Teresita (85%).
Nivel 3: Riesgo Medio	65% - 79%	5	Puesto de Salud Puerto Caldas (75%), Centro de Salud San Camilo (74%), Puesto de Salud La Florida (68%), Centro de Salud El Remanso (66%), Puesto de Salud Caimalito (66%).
Nivel 4: Riesgo Crítico	0% - 64%	10	Puestos de Salud Arabia (64%), Altagracia (64%), Hospital Kennedy (62%), Hospital San Joaquín (62%), Puesto de Salud Fonda Central (54%), Centros de Salud Boston (54%), San Nicolás (54%), Puesto de Salud Crucero (49%), Centro de Salud Casa del Abuelo (49%), y Puesto de Salud Pital de Combia (0%).

La distribución se caracteriza por lo siguiente:

1. **Punto de Excelencia (100%):** Solo una sede (Puesto de Salud La Bella) alcanza el cumplimiento total, mientras que otras cuatro sedes logran porcentajes superiores al 94%.
2. **Hospitales en Riesgo:** Dos de los tres hospitales (Kennedy y San Joaquín) se encuentran en el nivel de **Riesgo Crítico** (62%), mientras que el Hospital del Centro se mantiene en un nivel satisfactorio (87%).
3. **Concentración de Riesgo Crítico:** Diez sedes, que representan casi la mitad de la Red, tienen un cumplimiento igual o inferior al 64%.
4. El Puesto de Salud Pital de Combia registra un **\$0** abierto en el REPS pero las atenciones se hacen en la unidad móvil.

A continuación, la siguiente tabla muestra los resultados de los ítems evaluados en cada uno de los componentes en la implementación de la política de seguridad del paciente en los hospitales conformada por tres criterios, procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros y vigilancia epidemiológica, en total 35 ítems abordados.



9.1.1 RESULTADOS POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALES

TABLA 6. ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BUENAS PRÁCTICAS EN LOS HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TABLA 18. CUMPLIMIENTO POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025

 Indicador Verificado	Alcance del Indicador	 Cumplimiento (SI/C)	 No Cumplimiento (NO/NC)
El personal ha participado en espacios de implementación de la política.	22 Sedes	22	0
Conoce la política de seguridad del paciente actualizada.	22 Sedes	19	3
Cuenta con mecanismos de reporte de eventos adversos (línea, buzón, etc.).	22 Sedes	20	2
Se promueve el auto-reporte voluntario.	22 Sedes	17	5
Seguridad psicológica: El personal reconoce que los eventos sirven para mejorar.	19 Puestos/Centros	17	2
Transparencia: Se dan a conocer a los colaboradores los resultados del análisis de evento adverso.	19 Puestos/Centros	17	2
Liderazgo efectivo: Se crea un ambiente que favorece la seguridad psicológica.	19 Puestos/Centros	17	2
La gerencia asigna presupuesto económico para actividades de seguridad.	3 Hospitales	0	3
Se capacita constantemente a los	3 Hospitales	0	3



 Indicador Verificado	Alcance del Indicador	 Cumplimiento (SI/C)	 No Cumplimiento (NO/NC)
colaboradores en prácticas seguras.			
Se gestiona el riesgo de una potencial falla.	3 Hospitales	0	3
Existe un referente de seguridad.	3 Hospitales	3	0
Se brinda entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad.	3 Hospitales	3	0

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

TABLA 19. CUMPLIMIENTO CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025

 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
La gerencia asigna presupuesto económico.	0	3	0%	100%
Se capacita constantemente a colaboradores en prácticas seguras.	0	3	0%	100%
Se gestiona el riesgo de una potencial falla.	0	3	0%	100%
Se promueve el auto-reporte voluntario.	0	3	0%	100%
Tienen indicadores de estructura - proceso - resultado (Monitoreo).	0	3	0%	100%
Utilizan la metodología de paciente trazador o sistema.	0	3	0%	100%



 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Cuenta con política actualizada.	3	0	100%	0%
Existe involucramiento de la gerencia.	3	0	100%	0%
Existe referente de seguridad.	3	0	100%	0%
Se brinda entrenamiento a los líderes.	3	0	100%	0%
Mecanismos de reporte de eventos adversos.	3	0	100%	0%
Seguridad psicológica (no castigo, mejora).	3	0	100%	0%
Liderazgo efectivo (ambiente seguro).	3	0	100%	0%
Transparencia (resultados de análisis).	3	0	100%	0%
Programa de TEGNOVIGILANCIA.	3	0	100%	0%
Programa de FARMACOVIGILANCIA.	3	0	100%	0%
Herramientas de monitorización (listas de chequeo).	3	0	100%	0%
Método de análisis de eventos adversos.	3	0	100%	0%

PAQUETES INSTRUCCIONALES

TABLA 20. CUMPLIMIENTO PAQUETES INSTRUCCIONALES AÑO 2025



 Paquete Instruccional de Seguridad	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Detección, Prevención y Reducción del Riesgo de Infecciones asociadas a la atención.	3	0	100%	0%
Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos (Farmacovigilancia y uso seguro).	3	0	100%	0%
Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en dos servicios asistenciales.	3	0	100%	0%
Asegurar la Correcta Identificación de Muestras de laboratorio.	3	0	100%	0%
Procesos para la Prevención y Reducción de la Frecuencia de Caídas.	3	0	100%	0%
Prevenir las Úlceras por Presión de la atención.	3	0	100%	0%
Reducir el Riesgo de Atención con Enfermedad Mental.	0	3	0%	100%
Ajustar en el Autorizado de Seguridad.	0	3	0%	100%
Garantizar la Seguridad de la Gestante y el Recién Nacido.	3	0	100%	0%
Gestionar y Garantizar la Adecuada Comunicación entre las personas que informan.	3	0	100%	0%
Mejorar la Seguridad de Consentimiento Informado.	3	0	100%	0%
Mejorar la Funcionalidad de los	NA (No	NA (No	NA	NA



 Paquete Instruccional de Seguridad	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Procedimientos Quirúrgicos.	Aplica)	Aplica)		
Socialización de Paquetes Instruccionales en el último año.	0	3	0%	100%
Miden la Adherencia (Rondas) a los Paquetes.	3	0	100%	0%
Evidencia de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento (de rondas).	3	0	100%	0%

VISITA SANITARIA

TABLA 21. CUMPLIMIENTO VISITA SANITARIA AÑO 2025

 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Se ha realizado la Visita Sanitaria.	3	0	100%	0%
Concepto de la Visita Sanitaria.	3	0	100% (FAVORABLE)	0%

En la siguiente tabla muestra el consolidado de los ítems de las tablas anteriores, evaluados en seguridad del paciente en los hospitales con un total promediado de 78%.

TABLA 22. CONSOLIDADO ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BUENAS PRÁCTICAS EN LOS HOSPITALES.



Ítem	Cumplimiento
Seguridad del paciente	55,5
Cultura de la seguridad	80
Paquetes instruccionales	75
Visita sanitaria	100
Total	78

La tabla del consolidado de las buenas prácticas de seguridad del paciente en la ESE Salud Pereira refleja un cumplimiento total del 78%, con respecto a los paquetes instruccionales se observa cumplimiento del 75%; entre tanto la cultura en la seguridad del paciente, y seguridad del paciente se encuentran por encima del 80%, y vigilancia se observa un cumplimiento del 100%.

Los paquetes instruccionales en menor grado de cumplimiento son los de salud mental y comunicación, seguido por el paquete instruccional de autocuidado y medicamentos; en este bajo cumplimiento también se encuentran las buenas prácticas para la prevención de infecciones asociadas con la atención en salud.

En cuanto a los ítems de seguridad del paciente y cultura reflejan un muy buen porcentaje lo que refleja el trabajo en conjunto para el cumplimiento de la norma.

La siguiente tabla se refiere a los ítems evaluados en la implementación de la política de seguridad del paciente en los puestos y centros de salud de la ESE Salud Pereira conformados por 3 aspectos: procesos institucionales seguros con 8 ítems procesos asistenciales seguros con 21 ítems y visita sanitaria con 3 ítems para un total de 32 criterios evaluados.



9.1.2 RESULTADOS POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PUESTOS Y CENTROS DE SALUD

**TABLA 8. ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Y BUENAS PRÁCTICAS EN LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD**

SEGURIDAD DEL PACIENTE

**TABLA 23. CUMPLIMIENTO POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE PUESTOS Y CENTROS
AÑO 2025**

 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Conoce la política de seguridad del paciente actualizada.	15	4	79%	21%
El personal ha participado en espacios de implementación de la política.	19	0	100%	0%
Con qué mecanismos de reporte de eventos adversos cuenta la sede.	17	2	89%	11%
Se promueve el auto-reporte voluntario.	15	4	79%	21%
Seguridad psicológica: El personal reconoce que los eventos sirven	17	2	89%	11%



 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
para mejorar.				
Liderazgo efectivo: Se crea un ambiente que favorece la seguridad psicológica.	17	2	89%	11%
Transparencia: Se da a conocer a los colaboradores los resultados del análisis.	17	2	89%	11%

LAVADO DE MANOS

TABLA 24. CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA MULTIMODAL AÑO 2025

 Indicador de Lavado de Manos	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Conocimiento del Protocolo de Higiene de Manos (5 momentos OMS).	11	8	58%	42%



 Indicador de Lavado de Manos	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Cuentan con Insumos para la Higiene de Manos (Toallas, alcohol, jabón).	2	17	11%	89%
Conocimiento del Protocolo, Implementación y Evaluación de Limpieza y Desinfección.	18	1	95%	5%

SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS

TABLA 25. CUMPLIMIENTO SEGURIDAD EN MEDICAMENTOS AÑO 2025

 Indicador de Medicamentos	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
El almacenamiento de los medicamentos es con ambiente controlado y de acuerdo con la normatividad.	8	11	42%	58%



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

TABLA 26. CUMPLIMIENTO IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AÑO 2025

 Indicador de Identificación del Paciente	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Conoce el protocolo que asegure la correcta identificación del usuario al ingreso en los diferentes servicios.	18	1	95%	5%
Conoce los mecanismos o estrategias para identificar a los usuarios.	18	1	95%	5%

CAIDAS

TABLA 27. CUMPLIMIENTO CAIDAS AÑO 2025



 Indicador de Prevención de Caídas	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Conoce el protocolo para la prevención de riesgos de caída.	17	2	89%	11%
Ambientes sin obstáculos, iluminados, con antideslizantes, pasamanos, etc. (Condición física).	17	2	89%	11%

SALUD MENTAL

TABLA 28. CUMPLIMIENTO SALUD MENTAL AÑO 2025

 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
Conoce el protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con	8	11	42%	58%



 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	% Cumplimiento	% No Cumplimiento
enfermedad mental.				
Conoce el protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones.	8	11	42%	58%
Conoce los mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental.	8	11	42%	58%

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TABLA 29. CUMPLIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 2025

 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	Frecuencia NA	% Cumplimiento (vs. N=19)	% No Cumplimiento (vs. N=19)



 Indicador Verificado	Frecuencia SI (C)	Frecuencia NO (NC)	Frecuencia NA	% Cumplimiento (vs. N=19)	% No Cumplimiento (vs. N=19)
Tienen identificados los procedimientos que requieran Cl.	11	1	7	58%	5%
Cuentan con los formatos institucionales de Cl.	11	1	7	58%	5%

VISITA SANITARIA

TABLA 30. CUMPLIMIENTO VISITA SANITARIA AÑO 2025

 Indicador de Visita Sanitaria	Frecuencia (Sedes)	% Sobre N=19
FAVORABLE (Cumplimiento total).	11	58%
FAVORABLE CON REQUERIMIENTO (Cumplimiento con hallazgos menores a corregir).	7	37%
NO TIENE CONCEPTO (Sede sin registro)	1	5%



 Indicador de Visita Sanitaria	Frecuencia (Sedes)	% Sobre N=19
de visita/concepto).		

De igual forma el siguiente consolidado muestra el cumplimiento por cada uno de los ítems en los puestos y centros de salud de la ESE Salud Pereira.

**TABLA 31. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO CONSOLIDADO SEGURIDAD DEL PACIENTE
PUESTOS Y CENTROS AÑO 2025.**

Ítem	% Cumplimiento
Seguridad del paciente	94
Estrategia Multimodal	53
Medicamentos	42
Identificación del paciente	95
Caídas	92
Salud mental	53
Consentimiento informado	65
Visita sanitaria	53
Total	68

La tabla anterior refleja que los puestos y centros de salud cuentan con un desempeño medio reflejado con un 68%; el paquete instruccional con mayor cumplimiento identificación del paciente, es de resaltar la mejoría en el cumplimiento del paquete instruccional de consentimiento informado, especialmente en el servicio de odontología.

Las buenas prácticas con menor implementación son las de salud mental, estrategia multimodal y medicamentos.



Como se observa en la siguiente tabla, el promedio en la implementación de la política de seguridad del paciente tanto en los hospitales como en los puestos y centros es del 79%, tal como se observa en la siguiente tabla.

TABLA 32. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROMEDIADO SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS AÑO 2025

PROMEDIO TODAS LAS SEDES	
Promedio hospitales	78%
Promedio puestos y centros	68%
Total	73%

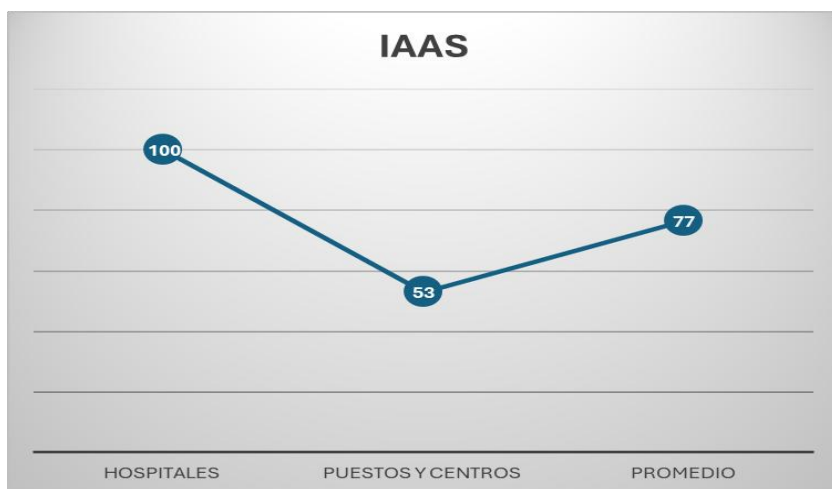
9.1.3 GRÁFICAS POR COMPONENTE DE SEGURIDAD EL PACIENTE

Teniendo la información anterior, a continuación, se presentan los porcentajes de cumplimiento en cada uno de los ítems evaluados evidenciando el resultado comparativo entre los hospitales, centros y puestos de salud. Por lo cual la siguiente descripción se inicia con el porcentaje de cumplimiento de los ítems evaluados en seguridad del paciente con los procesos institucionales seguros que incluye la política de seguridad actualizada la participación del personal en la implementación de ésta, contar con mecanismos de reporte de los eventos adversos y promover el auto reporte voluntario.

GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS AÑO 2025.



GRÁFICA 11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN AÑO 2025.



Para el año 2025 este componente disminuye sustancialmente dado que se fue una de las prioridades en las rondas de asistencia técnica realizadas, evidenciando que el personal asistencial no desarrolla los procesos de limpieza y desinfección en superficies, áreas y demás elementos tal como lo tienen definidos en los protocolos institucionales. La adherencia del personal en los hospitales es del 100% y en los puestos y centros es del 53%.



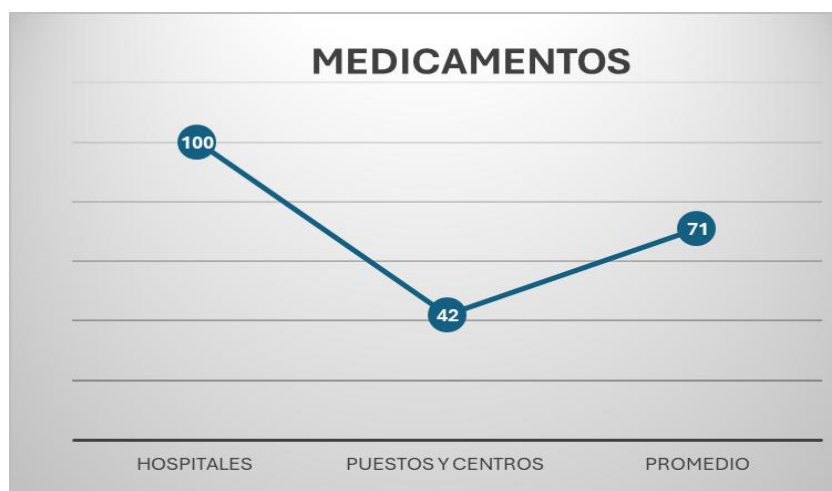
Es fundamental tomar las medidas correspondientes para evitar este tipo de eventos, la OMS informa que, aunque las IAAS son el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera carga mundial aún no se conoce con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables: la mayoría de los países carece de sistemas de vigilancia de las IAAS, y aquellos que disponen de ellos se ven confrontados con la complejidad y la falta de uniformidad de los criterios para diagnosticarlas.

Las principales soluciones y medidas de mejora que se han identificado mediante el programa de la OMS «Una atención limpia es una atención más segura son:

- Identificar los determinantes locales de la carga de IAAS.
- Mejorar los sistemas de notificación y vigilancia a nivel nacional.
- Garantizar unos requisitos mínimos en lo que respecta a los establecimientos y los recursos disponibles destinados a la vigilancia de las IAAS a nivel institucional, incluida la capacidad de los laboratorios de microbiología.
- Garantizar el funcionamiento efectivo de los componentes fundamentales del control de las infecciones a nivel nacional y en los establecimientos de atención sanitaria.
- Aplicar las medidas generales de prevención, en particular las prácticas óptimas de higiene de las manos a la cabecera del paciente.
- Mejorar la educación y la responsabilización del personal.
- Realizar investigaciones para adaptar y validar los protocolos de vigilancia en función de las circunstancias de los países en desarrollo.
- Realizar investigaciones sobre la posible participación de los pacientes y sus familias en la notificación y el control de las IAAS.



GRÁFICA 12. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO MEDICAMENTOS AÑO 2025.

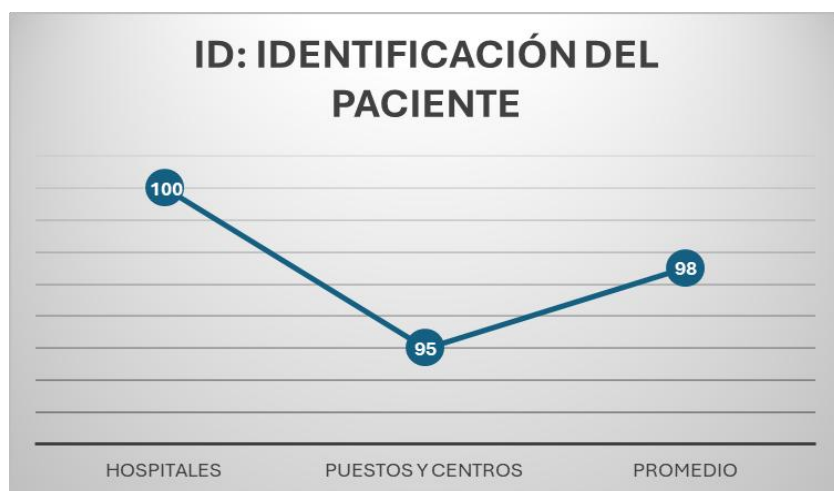


El promedio de cumplimiento de los ítems en medicamentos fue del 71%, las sedes cumplen, con los siguientes ítems evaluados: cuenta con un proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia (unidosis), cuenta con el Proceso para la administración segura de los medicamentos el cual incluye la aplicación mínima de los cinco correctos, cuentan con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, cuenta con mecanismos seguros de dispensación de medicamentos a los puestos y centros de salud, el almacenamiento de los medicamentos están en ambiente controlado y de acuerdo a la normatividad y realizan



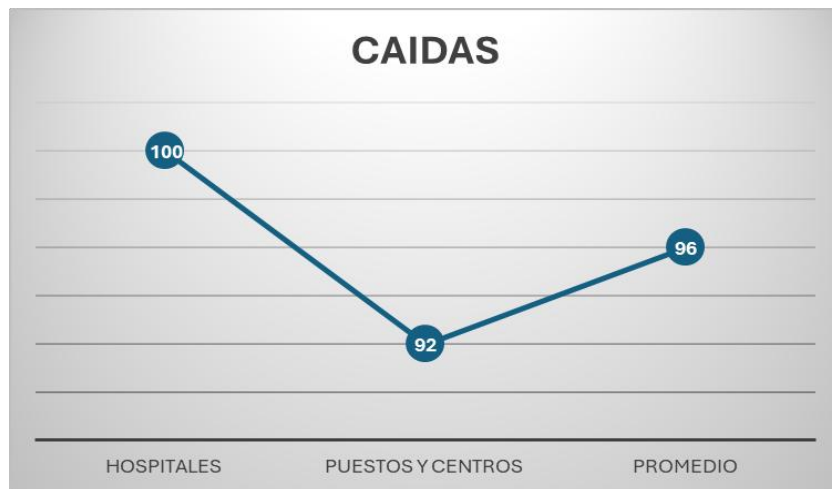
control en el servicio farmacéutico garantizando el cumplimiento normativo. No cuentan con el protocolo para el uso racional de antibióticos, no cuenta con mecanismo de evaluación de conciliaciones medicamentosas, no cuenta con el Protocolo identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo, procesos que son fundamentales y que deben cumplir prontamente.

GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AÑO 2025.



Para asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales La ESE Salud Pereira en los hospitales logró un cumplimiento del 100% al igual que en puestos y centros de salud con un 95%, al comparar estos resultados con el año anterior se evidencia la implementación ascendente de las buenas prácticas, es importante involucrar a todos los servicios en el proceso de identificación correcta de los pacientes.

GRÁFICA 14. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PREVENCIÓN DE CAÍDAS AÑO 2025.



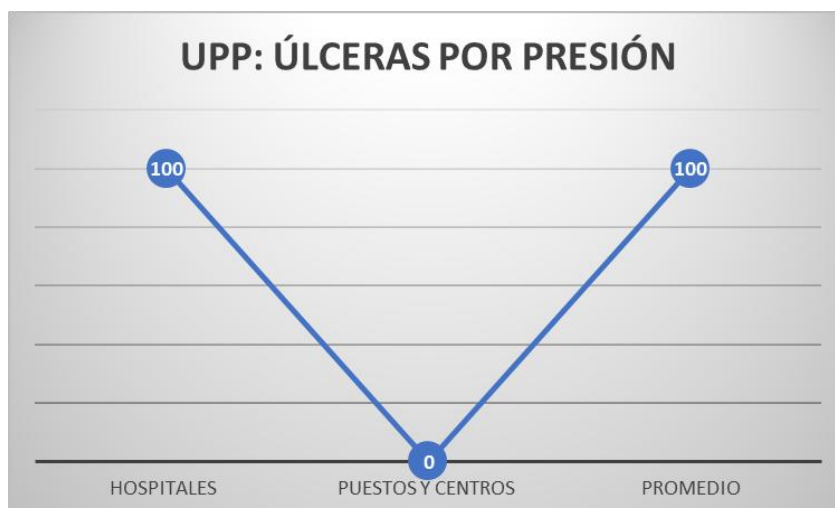
Los aspectos abordados en el 2025 para las buenas prácticas para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas se enmarcan en contar con el protocolo implementado y evaluado para la prevención de riesgo de caídas, aplicar escala de identificación de caídas a los pacientes en los servicios hospitalarios, ambientes en los diferentes servicios sin obstáculos, iluminados, con antideslizantes, pasamanos y demás cuando sea el caso favoreciendo la seguridad de los pacientes y contar con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de los eventos adversos, por lo anterior en los hospitales se cumplió con un 100% mientras que en los puestos y centros de salud con el 92%, es de aclarar que este aspecto está incluido como parte de los indicadores de monitoreo del sistema por el ministerio de salud y protección social, para lo cual la es desarrolla la consolidación y análisis de la información mensualmente para el reporte trimestral, al igual que la generación de los planes de mejoramiento.

Se deben de tener en cuenta que las anteriores prácticas la Organización Mundial de la Salud y la OMS, define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad. Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos



casos la muerte. Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

GRÁFICA 15. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PREVENCIÓN DE ÚLCERAS AÑO 2025.



Con respecto a las buenas prácticas para prevenir las úlceras por presión en el año 2025 sólo se evalúa este aspecto en los hospitales ya que de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social quién menciona que las úlceras por presión representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería y que deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando los costos sociales y en salud. Se abordan aspectos tales como contar con el protocolo implementado y evaluado para la prevención de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras, contar con escala de identificación de los pacientes con riesgo de úlceras y contar con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para



prevenir la ocurrencia de eventos adversos, por lo cual el resultado para los hospitales es de un cumplimiento del 100%.

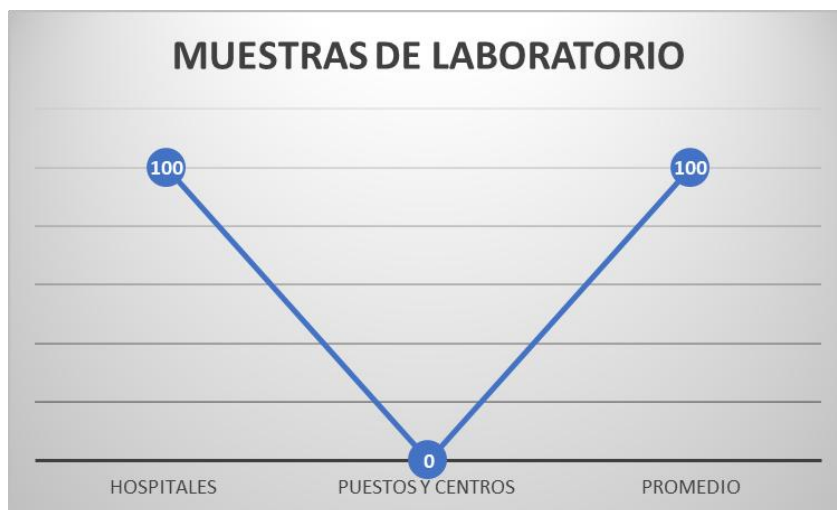
GRÁFICA 16. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SALUD MENTAL AÑO 2025.



Las buenas prácticas para reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental contempla aspectos tales como contar con el protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con enfermedad mental, al igual que contar con el protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones, contar con mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental, tener identificados los riesgos que se pueden presentar en el proceso de atención de pacientes con patologías mentales y realizar seguimiento a los pacientes posterior al diagnóstico, para todos estos aspectos la ESE Salud Pereira en los hospitales contó con un cumplimiento del 0% y en los puestos y centros de salud del 53%, de acuerdo con estos resultados para el año 2025 se debe convertir en prioridad el abordaje de las buenas prácticas para reducir el riesgo de atención de pacientes con enfermedad mental.



GRÁFICA 17. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN BUENAS PRÁCTICAS EN LA IDENTIFICACION DE MUESTRAS DE LABORATORIO AÑO 2025.



La gráfica anterior nos muestra para las buenas prácticas en asegurar la correcta identificación del paciente en las muestras de laboratorio que los hospitales cumplieron con el 100% de los ítems abordados, es de aclarar que estos aspectos sólo se abordaron en los hospitales, ya que en los puestos y centros de salud no se presta este servicio. Para el año 2025 se realizó énfasis en los criterios de contar con el protocolo implementado y evaluado para asegurar la correcta identificación del usuario y de las muestras del laboratorio, en la capacitación y supervisión directa al personal en toma de las muestras ya que la ESE Salud Pereira cuenta con laboratorio clínico en el hospital del centro, por su amplio volumen en la generación de muestras en las sedes de Kennedy y San Joaquín para el año 2025 se realizó adecuaciones en infraestructura en la sede de San Joaquín que permite mejorar el servicio, de igual forma se evaluaron aspectos desde el laboratorio clínico como contar con mecanismos de mitigación de errores en la toma de muestra,



contar con mecanismos que garanticen mitigar los errores en la identificación de la muestra, contar con mecanismos utilizados para la entrega de los resultados que garanticen que no se presenten errores en la entrega y mecanismos de control en el laboratorio para mitigar errores en el análisis de las muestras. Paralelo a esto se realiza visita al servicio del laboratorio clínico en el cual se abordan con mayor amplitud aspectos que fortalecen las buenas prácticas en estos aspectos mencionados; en esta visita se evidencia mejoramiento en los procesos de planeación desarrollo y evaluación en la supervisión del personal que toma muestras al igual que en los procesos de capacitación más ordenados y con las evidencias correspondientes.

GRÁFICA 18. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN BINOMIO MADRE-HIJO AÑO 2025.



El 100% de las sedes verificadas cuentan con un programa para la atención de la gestante y el recién nacido, el cual incluye guías de manejo y protocolos adoptados por la institución, Se cuenta con un programa para la atención de la gestante y el recién nacido, que incluya guías de manejo y protocolos adoptados por la institución, Promueven la planificación familiar en las diferentes sedes, Cuentan con protocolos de referencia y



contra referencia remisión y contra remisión actualizados, alineados con la red disponible y socializados con el personal asistencial.

GRÁFICA 19. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN COMUNICACIÓN AÑO 2025.



La asistencia técnica en las buenas prácticas para gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes en La ESE Salud Pereira sólo se aborda en los hospitales, por lo cual la gráfica anterior muestra un porcentaje de cumplimiento en los hospitales del 100% y no muestra resultados con los puestos y centros de salud.

Es de aclarar que este es un paquete instruccional de implementación obligatoria abordando, aspectos tales como: contar con procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien, contar con mecanismos definidos para la comunicación con enfoque diferencial, contar con políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia, qué en la entrega de turno cuenten con comunicación precisa y no ambigua cara a cara para asegurar la



entrega del paciente, contar con una política institucional que incluya acrónimos o abreviaturas. Además, listas de chequeo para la entrega de los pacientes en los cambios de turno hospitalarios y el traslado de estos intra e interinstitucional mente, que los resultados de exámenes de laboratorio imagenología sean reportados oportunamente; como se observa en los ítems descritos anteriormente son aspectos que se pueden abordar únicamente en los hospitales.

GRÁFICA 20. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN VISITA SANITARIA AÑO 2025.



En la anterior gráfica se pueden ver los aspectos relacionados con la visita sanitaria en residuos generados en la atención en salud, es de aclarar que este es un aspecto que corresponde al área ambiental de la Secretaría De Salud Pública Y Seguridad Social, sin embargo desde el área de prestación de servicios se verifica la realización de la visita y el concepto de esta ya que es un aspecto que está relacionado directamente con el control de infecciones en las instituciones de salud, por lo cual como se puede observar en la gráfica anterior en los hospitales se cumplió con un 100% contando con un concepto favorable mientras que en los puestos y centros de salud se contó con un 53%, porcentaje



afectado por la no evaluación de la sede pital, abierta en el REPS pero no presta servicios directamente en la infraestructura del puesto.

GRÁFICA 21. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN CONSENTIMIENTO AÑO 2025.



Con respecto a los resultados en garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, en la gráfica anterior se observa el 100% de cumplimiento en los ítems evaluados en los hospitales y de un 65% en puestos y centros de salud. Este es un paquete instruccional de buenas prácticas incluido en la 3100 de 2019 por lo cual la institución no presenta un despliegue significativo en los puestos y centros de salud como se observa de acuerdo con los resultados. Para el año 2025 el avance que se realizó fue determinar los procedimientos para los cuales es necesario la utilización de consentimiento informado especialmente para los servicios de odontología y definir los consentimientos que se aplicarían en consulta externa general.

La siguiente gráfica muestra por sede el cumplimiento en los aspectos valorados en seguridad del paciente, así: el puesto de salud de la bella con un 100%, la mayoría de las sedes se encuentran con cumplimiento por encima del 90%, entre ellas Crucero De Combia, Villa Santana, Remanso, Fonda Central, La Florida, Puestos De Salud De Arabia,



Morelia, Boston, Casa Del Abuelo, Perla Del Otún Y Villa Consota. Por encima del 80% se encuentran los demás puestos y centros de salud. Es de aclarar que el puesto de salud de pital de combia se encuentra habilitado en el REPS, pero no está prestando servicios en su infraestructura, programan la unidad móvil la cual asiste periódicamente. Con respecto al año anterior se observa mayor cumplimiento en los ítems abordados en la asistencia técnica.

10. IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

La **Humanización de la Atención en Salud** es un imperativo ético y un pilar estratégico que complementa la calidad técnica, buscando transformar la experiencia del individuo y su familia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

1. Marco Conceptual y Calidad

El **Decreto 780 de 2016** (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud) define la Calidad de la Atención de Salud como la provisión de servicios de manera **accesible y equitativa**, buscando un balance entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de lograr la **adhesión y satisfacción** de las personas.

La humanización y la calidad buscan dar respuesta integral a las necesidades del individuo a lo largo de su ciclo de vida, garantizando el derecho fundamental a la salud desde el nacimiento hasta el final de la vida con dignidad y respeto.

2. Fundamentos Éticos de la Humanización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y expertos en el área enfatizan que la humanización es, ante todo, un **asunto ético y de valores** que rigen la conducta en el ámbito de la salud.

- **Objeto Principal:** La persona con todas sus necesidades, que van más allá de lo físico: **emocional, espiritual e informativo** (Pabón).
- **Dignidad y Derechos:** Implica tratar al paciente como persona, no como un número o una patología. Garantizar el derecho a ser escuchado, a la información sobre su tratamiento, a la confidencialidad y al respeto de sus creencias y autonomía.
- **Cultura Dual:** La humanización exige equilibrar la cultura de la **eficacia tecnológica y gerencial** con la cultura que da primacía al **respeto por la autonomía y la defensa de los derechos** del paciente.



Según la OMS, la Humanización es un **proceso de comunicación y apoyo mutuo** que busca la transformación y la comprensión del espíritu esencial de la vida, promoviendo el lema: **“Trato humanizado a la persona sana y enferma”**.

3. La Política Nacional de Humanización: Un Imperativo Colectivo

La **Política Nacional de Humanización** reconoce la complejidad del proceso y lo define como un llamado a la acción conjunta de todos los agentes sociales para construir la humanización como un **imperativo del Sector Salud**.

Se traduce en la garantía de los siguientes aspectos clave:

TABLA 33. EJES HUMANIZACIÓN

Eje de la Humanización	Impacto Estratégico
Dignidad y Valor Holístico	Garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, reconociendo el valor integral de la persona y su entorno.
Experiencia y Satisfacción	Trascender la obligatoriedad de la norma para centrar los esfuerzos en dignificar la experiencia de cada persona en la atención.
Relaciones de Confianza	Consolidar la confianza entre el Talento Humano en Salud, los pacientes/familias, y entre los diferentes agentes y sectores del sistema.
Cultura Organizacional	Transversalizar la humanización en la cultura, la gerencia y el desarrollo de proyectos, planes y modelos de gestión de atención en salud a todos los niveles.
Participación y Corresponsabilidad	Fomentar la participación activa de agentes, academia y comunidad en la cocreación de acciones de mejora de la calidad y el respeto.
Modelos Centrados en la Persona	Reorientar los modelos de gestión y atención para que se centren de manera estricta en la persona, la familia o la red de apoyo.

10.1. RESULTADOS POLITICA DE HUMANIZACIÓN

La siguiente tabla detalla los criterios evaluados en los hospitales durante el año 2025. En cuanto al programa de humanización, se verificó la existencia de la política institucional y



su respectivo acto administrativo de adopción, así como la evidencia de socialización al personal asistencial. Se analizó la alineación del enfoque local con los lineamientos de la Política Nacional de Humanización, evaluando cada eje bajo el ciclo de mejoramiento continuo (PHVA). Esto asegura que el programa cuente con estrategias claras de implementación, evaluación y seguimiento, garantizando un impacto real en la atención.

TABLA 11. ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LOS HOSPITALES 2025.

PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

TABLA 34. CUMPLIMIENTO PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple	Frecuencia No Aplica (NA)
Tienen documentada la política de Humanización	3	100%	0	0%	0
Cuentan con acto administrativo de adopción	3	100%	0	0%	0
Socialización de la política al interior de la IPS	3	100%	0	0%	0
Definición de enfoques en la política	3	100%	0	0%	0
Enfoque en Derechos Humanos	0	0%	0	0%	3
Enfoque Diferencial	0	0%	0	0%	3
Enfoque Poblacional e Intercultural	0	0%	0	0%	3
Enfoque Atención Integral y Centrado en	0	0%	0	0%	3



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple	Frecuencia No Aplica (NA)
la Persona					
Enfoque Ecosistémico	0	0%	0	0%	3
Enfoque Ética y Bioética	0	0%	0	0%	3
Ejes definidos según la Política Nacional	3	100%	0	0%	0
Fortalecimiento del relacionamiento interpersonal	3	100%	0	0%	0
Escenarios de participación colaborativa	0	0%	0	0%	3
Consolidación de agentes del sector y academia	0	0%	0	0%	3
Empoderamiento de escenarios de opinión	0	0%	0	0%	3
Fomento de creatividad, innovación e investigación	0	0%	0	0%	3
Formalización y dignificación laboral	0	0%	0	0%	3
Reorientación a modelos centrados en la familia	0	0%	0	0%	3
Estrategias definidas para el desarrollo de ejes	3	100%	0	0%	0
Mecanismos de seguimiento a la	3	100%	0	0%	0



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple	Frecuencia No Aplica (NA)
adherencia					
Indicadores para el monitoreo de estrategias	0	0%	3	100%	0
Estrategias de compromiso de proveedores	0	0%	3	100%	0

PROCESO DE PQRS

TABLA 35. CUMPLIMIENTO PROCESO PQRS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
Cuenta con un proceso definido y documentado de la gestión de las PQRS	3	100%	0	0%
Tiene implementado acciones o estrategias para la gestión de las PQRS	3	100%	0	0%
Realiza seguimiento o evaluación de las PQRS	3	100%	0	0%
Cuenta con definición de indicador de gestión para las PQRS	3	100%	0	0%
Reporta cantidad de PQRS recibidas y gestionadas (año anterior y actual)	3	100%	0	0%



SATISFACCIÓN DEL USUARIO

TABLA 36. CUMPLIMIENTO SATISFACCIÓN DEL USUARIO AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
Realiza encuestas de satisfacción al usuario	3	100%	0	0%
Definición de metodología (periodicidad, muestra, mecanismo)	3	100%	0	0%
Realiza retroalimentación interna de los resultados	3	100%	0	0%
Realiza planes de mejoramiento según los resultados	0	0%	3	100%
Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento	0	0%	3	100%

CITAS MÉDICAS

TABLA 37. CUMPLIMIENTO CITAS MÉDICAS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
Cuenta con mecanismos establecidos para la asignación de las citas	3	100%	0	0%
Utiliza agenda abierta o cerrada para la asignación de las citas	0	0%	3	100%
Realiza el análisis del indicador de oportunidad, según la normatividad	3	100%	0	0%



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
vigente				
Genera planes de mejoramiento	3	100%	0	0%
Qué estrategias tiene implementadas	3	100%	0	0%

ESTRATEGIAS

TABLA 38. CUMPLIMIENTO ESTRATEGIAS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
Cuenta con estrategias que estimulen y mantengan la comunicación como un proceso de humanización (educación, folletos, videos, otros)	3	100%	0	0%
Cuenta con personal entrenado para llevar a cabo el proceso de humanización y una comunicación clara, asertiva, confiable y eficiente	3	100%	0	0%
Garantiza una comprensión clara por parte del personal a la familia y el usuario en las indicaciones brindadas	3	100%	0	0%
Realiza evaluaciones de ambiente laboral que permitan desarrollar acciones para la mejora continua	3	100%	0	0%

MEDICAMENTOS

TABLA 39. CUMPLIMIENTO MEDICAMENTOS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
Se realiza seguimiento a la entrega de los	3	100%	0	0%



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
medicamentos				
Cuentan con estrategias cuando la entrega de los medicamentos es parcial o incompleta	3	100%	0	0%
Cuentan con estrategias cuando los usuarios no reclaman los medicamentos	0	0%	3	100%
Cuentan con un mecanismo de retroalimentación a la EAPB o diferentes instituciones con las que se tiene convenio	0	0%	3	100%

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

TABLA 40. CUMPLIMIENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (C)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NC)	% No Cumple
¿Se mide el proceso de referencia?	3	100%	0	0%
¿Se mide el proceso de contrarreferencia?	3	100%	0	0%

De acuerdo a lo presentado en las tablas anteriores y conforme a lo evaluado y priorizado a través de las listas de chequeo aplicadas a los hospitales, se presenta el consolidado de los diferentes ítems evaluados, Teniendo como resultado un porcentaje de cumplimiento para los hospitales del 82%.



TABLA 41. CONSOLIDADO ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LOS HOSPITALES.

Ítem	% Cumplimiento
Programa de humanización	78.1
PQRS	100
Satisfacción al usuario	60
Citas médicas	80
Estrategia	100
Medicamentos	50
Referencia y Contrareferencia	100
Total	82

Continuando con la presentación de los aspectos evaluados para el año 2025 con respecto a la implementación de la política de humanización, se presentan los diferentes items para puestos y centros de salud.

TABLA 42. ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD.

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (Sí)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NO)	% No Cumple
Conoce la política de Humanización en salud	17	89%	2	11%
Apertura de buzones con frecuencia quincenal	19	100%	0	0%
¿Conoce el porcentaje de satisfacción de la sede?	18	95%	1	5%



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (Sí)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NO)	% No Cumple
Recibe retroalimentación de la satisfacción de la sede	18	95%	1	5%

CITAS MÉDICAS

TABLA 43. CUMPLIMIENTO CITAS MÉDICAS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (Sí)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NO)	% No Cumple
Cuenta con mecanismos establecidos para la asignación de las citas	14	74%	5	26%
Utiliza agenda abierta para la asignación de las citas	16	84%	3	16%

MEDICAMENTOS

TABLA 44. CUMPLIMIENTO MEDICAMENTOS AÑO 2025

Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (Sí)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NO)	% No Cumple	Frecuencia No Aplica (NA)	% No Aplica



Criterio de Evaluación	Frecuencia Cumple (Sí)	% Cumple	Frecuencia No Cumple (NO)	% No Cumple	Frecuencia No Aplica (NA)	% No Aplica
En la sede cuenta con almacenamiento adecuado de medicamentos	6	32%	13	68%	0	0%
Cuentan con estrategias cuando la entrega de los medicamentos es parcial o incompleta	12	63%	3	16%	4	21%
Cuentan con estrategias cuando los usuarios no reclaman los medicamentos	14	74%	1	5%	4	21%

Coherente con la información presentada en las tablas anteriores, a continuación se presenta el consolidado de los diferentes ítems evaluados en la implementación de la política de humanización en puestos y centros de salud, teniendo un porcentaje de cumplimiento total del 80%.

TABLA 45. CONSOLIDADO ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LOS PUESTOS Y CENTROS DE SALUD.

Ítem	% Cumplimiento
Programa de humanización	97
Citas médicas	80
Medicamentos	65
Total	81



En la siguiente tabla, se realiza promedio de los porcentajes presentados de la política de humanización en hospitales puestos y centros de salud, teniendo como resultado un porcentaje de cumplimiento consolidado del 81% para la ESE Salud Pereira en el año 2025.

TABLA 46. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO CONSOLIDADO TOTAL ÍTEMS EVALUADOS IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN EN LOS HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS DE SALUD.

PROMEDIO TODAS LAS SEDES	
Promedio hospitales	82%
Promedio puestos y centros	81%
Total	81%

10.2. GRÁFICAS POLITICA DE HUMANIZACIÓN

Coherente con los resultados presentados en los ítems anteriores, a continuación se presenta de forma gráfica los resultados en paralelo de los hospitales puestos y centros de salud de la ESE Salud Pereira en los diferentes componentes abordados para el año 2025.

GRÁFICA 22. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN AÑO 2025, ÍTEMS EVALUADOS EN HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS.



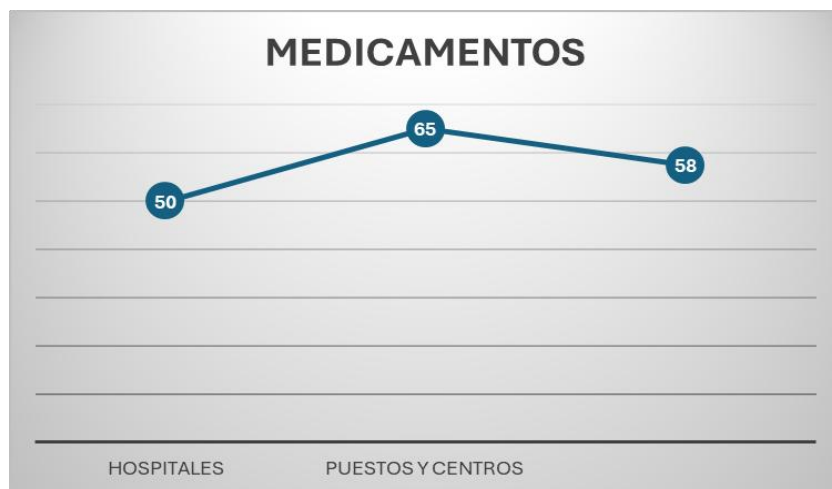
De acuerdo con la gráfica presentada anteriormente en el programa de humanización el porcentaje de cumplimiento en los hospitales es del 82% superior al presentado en puestos y centros de salud, esto como consecuencia de la profundización en la implementación de los lineamientos normativos del documento que describe la política de humanización de la institución, por lo cual en el plan de mejoramiento debe incluir la evaluación profunda de los lineamientos nacionales.

GRÁFICA 23. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS DE SALUD EN GESTIÓN DE LAS CITAS MÉDICAS AÑO 2025.



Con respecto a la gestión de las citas médicas la ESE Salud Pereira cuenta con 2 mecanismos para esto, el primero es el call center el cual cuenta con un proceso de mejoramiento importante y que permite dar respuesta a las necesidades de la población sin embargo se observa por decisión administrativa que las agendas para citas de morbilidad se encuentran cerradas aspecto que es contrario a lo definido por la normatividad; el segundo mecanismo es a través de las auxiliares de las diferentes sedes las cuales agenda directamente para las citas de programas de protección específica y detección temprana las cuales son oportunas y claras para la comunidad. De acuerdo a los resultados encontrados, los hospitales cumplieron con el 80% de los ítems evaluados entre ellos los mecanismos para la asignación de citas, agendas abiertas o cerradas, análisis del indicador de oportunidad de acuerdo a la normatividad, generación de planes y las estrategias de intervención de mejoramiento, entre tanto los puestos y centros de salud cumplieron en un 80% en donde se evaluaron aspectos tales como los mecanismos de asignación de citas y la presencia agenda abierta o cerrada.

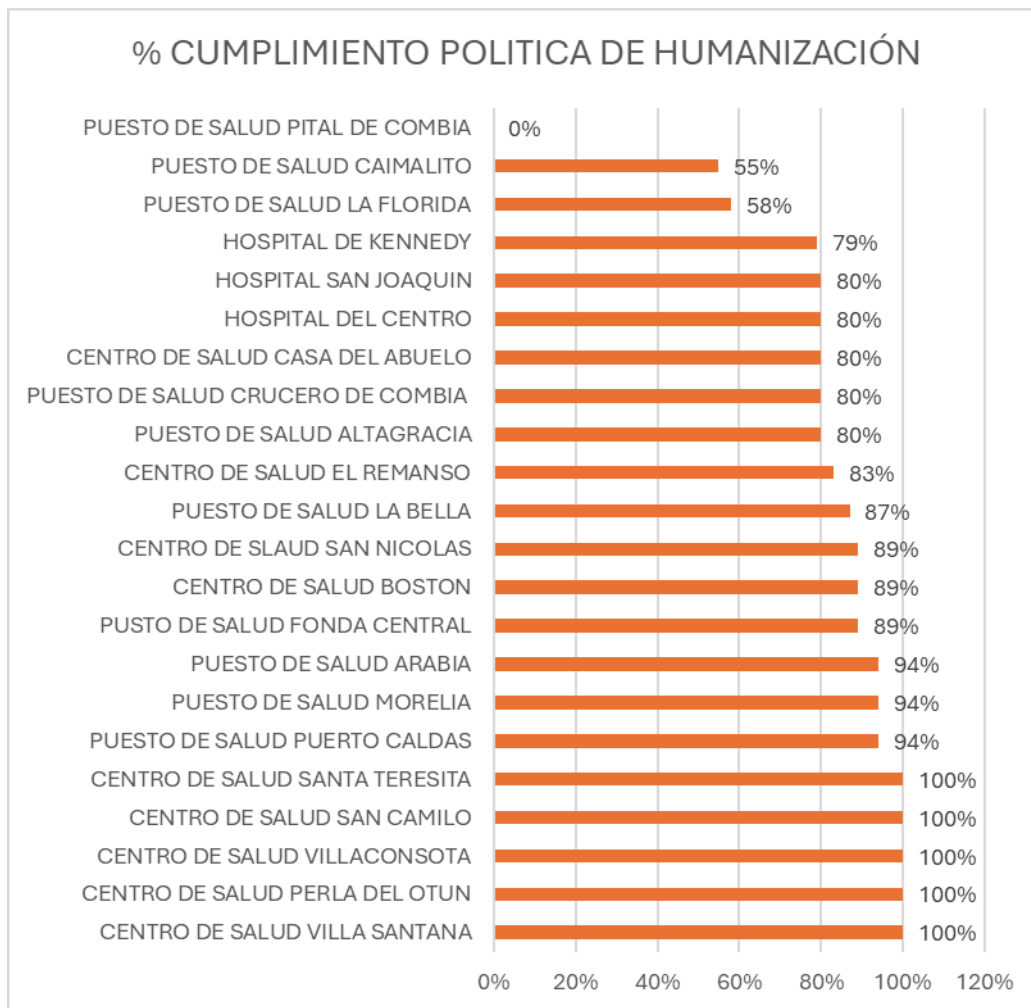
GRÁFICA 24. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HOSPITALES, PUESTOS Y CENTROS DE SALUD EN GESTIÓN DE MEDICAMENTOS AÑO 2025.



En la gestión de medicamentos para los hospitales se evalúa el realizar seguimiento a la entrega de los medicamentos, por lo cual el resultado es del 50%; entre tanto en los puestos y centros de salud se evalúan los mismos ítems excepto la retroalimentación a las EAPB ya que es una labor directa que se encuentra concentrada en los servicios farmacéuticos de los hospitales cumpliendo con el 65%.

Se debe fortalecer en los hospitales el seguimiento en la entrega de medicamentos cuando el usuario no asiste y cuando la entrega es parcial

GRÁFICA 25. CUMPLIMIENTO HUMANIZACIÓN POR SEDE AÑO 2025.



El panorama del **Programa de Humanización** refleja una red con mayor cohesión, aunque persisten brechas operativas en el cierre de ciclos de mejora.

1. Incremento del Cumplimiento Global en Puestos y Centros

- El promedio de conocimiento de la política de Humanización en las sedes es del **94.4%** (17 de 18 sedes conocen la política), la sede faltante es pital de combia, no evaluada.
- La gestión de satisfacción y retroalimentación alcanza un **100% de cumplimiento** en el resto de los puestos y centros de salud, garantizando que todo el personal restante está informado sobre la percepción del usuario.

2. Sede Crítica Remanente: Puesto de Salud Caimalito



- El **Puesto de Salud Caimalito** se convierte en el punto de mayor riesgo, siendo la única sede que reporta NO conocer la política de Humanización en salud.
- A pesar de esto, Caimalito mantiene la apertura de buzones y el conocimiento de la satisfacción, lo que indica una falla puramente de socialización documental y no operativa.

3. Fortalezas Operativas Invariables

- La **apertura periodica de buzones** se mantiene como una fortaleza absoluta de la red con un cumplimiento del **100%** en las 18 sedes restantes.
- Los hospitales principales (Kennedy, Centro y San Joaquín) conservan su adherencia total (**100%**) en la documentación de la política y el trato humanizado, sirviendo como referentes para el resto de la red.

4. Debilidad Sistémica en Monitoreo y Proveedores

- Se observa que la red es excelente "escuchando" (buzones y encuestas), pero sigue fallando en la fase de "actuar", ya que ninguna de las sedes principales reporta seguimiento a planes de mejora en satisfacción.

Sin Pital de Combia, la red se sitúa mayoritariamente por encima del **80% de cumplimiento** (con excepción de Caimalito y La Florida). El enfoque de la política ahora debe pasar de la "socialización" (ya lograda en casi todas las sedes) hacia la **formalización del compromiso de proveedores** y el **monitoreo técnico** de los indicadores de humanización.

11. SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO 2025

Es importante mencionar que son planes de mejoramiento por sedes y oportunidades de mejora del año 2024.

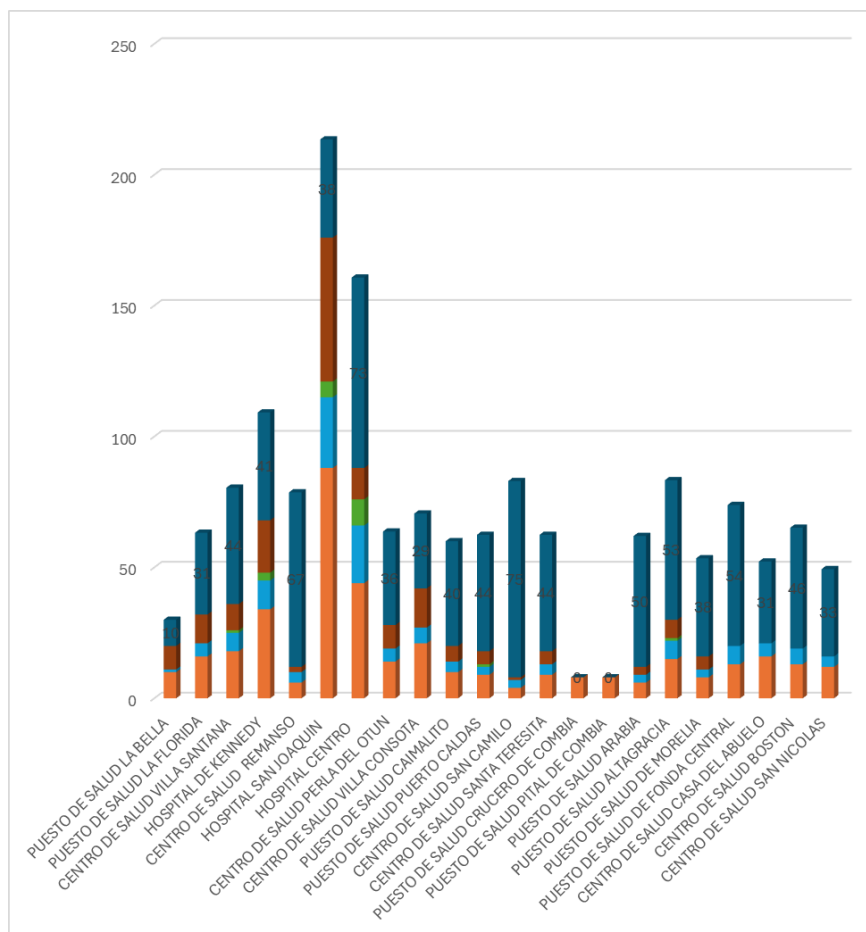
TABLA 47. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO AÑO 2025



#	SEDE	ACCIONES	CUMPLIDAS	EN PROCESO	PENDIENTES	% de cumplimiento
1	PUESTO DE SALUD LA BELLA	10	1	0	9	10
2	PUESTO DE SALUD LA FLORIDA	16	5	0	11	31
3	CENTRO DE SALUD VILLA SANTANA	18	7	1	10	44
4	HOSPITAL DE KENNEDY	34	11	3	20	41
5	CENTRO DE SALUD REMANSO	6	4	0	2	67
6	HOSPITAL SAN JOAQUIN	88	27	6	55	38
7	HOSPITAL CENTRO	44	22	10	12	73
8	CENTRO DE SALUD PERLA DEL OTUN	14	5	0	9	36
9	CENTRO DE SALUD VILLA CONSOTA	21	6	0	15	29
10	PUESTO DE SALUD CAIMALITO	10	4	0	6	40
11	PUESTO DE SALUD PUERTO CALDAS	9	3	1	5	44
12	CENTRO DE SALUD SAN CAMILO	4	3	0	1	75
13	CENTRO DE SALUD SANTA TERESITA	9	4	0	5	44
14	PUESTO DE SALUD CRUCERO DE COMBIA	8	0	0	0	0
15	PUESTO DE SALUD PITAL DE COMBIA	8	0	0	0	0
16	PUESTO DE SALUD ARABIA	6	3	0	3	50
17	PUESTO DE SALUD ALTAGRACIA	15	7	1	7	53
18	PUESTO DE SALUD DE MORELIA	8	3	0	5	38
19	PUESTO DE SALUD DE FONDA CENTRAL	13	7	0	0	54
20	CENTRO DE SALUD CASA DEL ABUELO	16	5	0	0	31
21	CENTRO DE SALUD BOSTON	13	6	0	0	46
22	CENTRO DE SALUD SAN NICOLAS	12	4	0	0	33
	PROMEDIO					40

Como se observa en la tabla anterior se evidencia avance en el cumplimiento del plan de mejoramiento durante el año 2025, en promedio la ESE Salud Pereira cumplió en un 40% en el desarrollo de las acciones del plan.

GRÁFICA 26. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR SEDE PLAN DE MEJORAMIENTO AÑO 2025



12. IPS EN PROCESO DE CIERRE QUE SE ENCUENTRAN ACTIVOS EN RESP

No se notifica ninguna sede para cierre de los servicios, de acuerdo con la revisión en el registro especial de prestadores todas las sedes se encuentran prestando los servicios habilitados.

Sin embargo, algunas sedes en donde se presta el servicio de toma de muestras cervicouterina, por infraestructura se recomienda realizar la novedad de cierre del servicio. La sede de Pital De Combia se encuentra abierta en el REPS pero en la infraestructura del puesto de salud no se prestan los servicios, éstos se prestan en la unidad móvil, es una decisión gerencial motivada por la comunidad quien moviliza el presupuesto participativo.



13. CONCLUSIONES

1. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)

- **Porcentaje de Cumplimiento: 69.4%** (Promedio ajustado sin Pital de Combia), con Pital de Combia **66%**
- **Conclusión:** Este componente presenta un cumplimiento moderado, con una brecha significativa entre las sedes rurales y urbanas. El cumplimiento se ve afectado principalmente por la falta de planes de mejoramiento formalizados y el seguimiento a los mismos en los hospitales principales. Sedes como Puerto Caldas y Casa del Abuelo muestran los desempeños más bajos en este estándar con un 50%.

2. Política de Humanización

- **Porcentaje de Cumplimiento: 86.1%** (Promedio ajustado sin Pital de Combia, con Pital de Combia **82%**).
- **Conclusión:** Es el componente con mejor desempeño relativo. Existe una fortaleza total en la apertura de buzones (100%) y la documentación de la política en hospitales. Sin embargo, persiste una debilidad crítica en el monitoreo técnico, con un **0% de cumplimiento en indicadores de seguimiento** y en la evidencia de compromiso de proveedores en las sedes de mayor nivel.

3. Seguridad del Paciente

- **Porcentaje de Cumplimiento: 72.6%** (Promedio ajustado sin Pital de Combia, con Pital de Combia **69%**).
- **Conclusión:** El cumplimiento es aceptable pero irregular. Sedes como La Bella logran un **100%**, mientras que Crucero de Combia y Casa del Abuelo caen al **49%**. Esta variabilidad indica que la cultura de seguridad y la gestión de incidentes no está estandarizada en toda la red, representando un riesgo moderado para la prestación del servicio.

4. Porcentaje Total de Cumplimiento IPS

- **Porcentaje Consolidado: 75.6%** (Promedio ajustado de la red sin Pital de Combia, con Pital de Combia **72%**).
- **Conclusión General:** La red hospitalaria se encuentra en un nivel de cumplimiento intermedio-alto. La gestión se destaca por procesos operativos sólidos (encuestas, buzones, documentación), pero requiere una intervención urgente en el **cierre del ciclo PHVA** (Planear-Hacer-Verificar-Actuar), específicamente en la ejecución de planes de mejora derivados de los hallazgos de auditoría.



El ejercicio de asistencia técnica, desplegado por la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira, en el marco del **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)**, ha permitido monitorear y acompañar la gestión de la calidad en la **ESE Salud Pereira**.

5. Integración de Componentes del SOGCS

Se evidencia que la ESE Salud Pereira ha logrado una **articulación efectiva** de los componentes estructurales de la calidad:

- **Sistema Único de Habilitación (SUH):** La verificación del Registro en el REPS y la observación de la autoevaluación confirman el compromiso institucional con el mantenimiento de las **condiciones mínimas básicas de capacidad y seguridad**.
- **Sistemas de Información para la Calidad (SIC):** La institución demuestra avances en el **reporte y consolidación de la información** según la Resolución 256 de 2016, contribuyendo a la transparencia y al derecho de los ciudadanos a la libre elección informada.
- **Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC):** La ESE ha implementado la **ruta crítica** del mejoramiento continuo, con una clara orientación a la gestión de riesgos, lo cual es fundamental para alcanzar niveles de desempeño superiores a los mínimos requeridos.

6. Fortalezas en Ejes Transversales (Humanización y Seguridad)

Se destaca especialmente el avance significativo en los ejes transversales, esenciales para la calidad centrada en el paciente:

- **Política de Seguridad del Paciente (PSP):** Se observa una **madurez institucional** reflejada en la alta apropiación del conocimiento por parte del talento humano de enfermería y los líderes de proceso, así como en la integración efectiva de las áreas para el **reporte, abordaje y gestión de incidentes y eventos adversos**.
- **Política de Humanización en Salud:** Los resultados demuestran una orientación hacia el **respeto de la autonomía y la dignidad humana**, trascendiendo la obligatoriedad normativa para enfocarse en la experiencia holística de la persona y su familia, en línea con los lineamientos de la Política Nacional de Humanización.

14. RECOMENDACIONES

Basado en los hallazgos de la asistencia técnica y los lineamientos estratégicos proporcionados, presento las recomendaciones técnicas para la ESE Salud Pereira, enfocadas en elevar el cumplimiento consolidado y cerrar las brechas identificadas en los componentes de Calidad, Humanización y Seguridad:



1. Fortalecimiento del Ciclo de Mejoramiento Continuo (PHVA)

- **Acción:** Vincular formalmente los resultados de las encuestas de satisfacción (que hoy cumplen al 100% en medición) con la creación de **Planes de Mejoramiento** documentados.
- **Recomendación:** La gerencia debería destinar recursos para una herramienta digital o tablero de control que permita al grupo de calidad hacer seguimiento en tiempo real al avance de estos planes, eliminando el incumplimiento del 0% detectado en este ítem en los hospitales principales.

2. Despliegue y Cohesión de la Política de Humanización

- **Acción:** Realizar jornadas de "re-inducción" y empoderamiento enfocadas en las sedes con menores puntajes, como **Caimalito (55%)** y **La Florida (58%)**, donde se identificó desconocimiento de la política.
- **Recomendación:** Unificar los estándares de humanización para que los indicadores de monitoreo, que hoy están bajos, se implementen de manera transversal en los hospitales Kennedy, Centro y San Joaquín.

3. Liderazgo y Articulación con Proveedores

- **Acción:** Establecer cláusulas de cumplimiento y actas de compromiso con los proveedores externos, integrándolos formalmente a la Política de Humanización.
- **Recomendación:** El área de calidad debe liderar mesas de trabajo con los proveedores para evidenciar su compromiso, corrigiendo el actual hallazgo de **No Cumplimiento** en este criterio de los hospitales de la red.

4. Estandarización de Seguridad del Paciente

- **Acción:** Ejecutar un plan de asistencia técnica liderado por los integrantes del grupo de calidad hacia las sedes de **Crucero de Combia (49%)** y **Casa del Abuelo (49%)**.
- **Recomendación:** Potenciar el liderazgo de los referentes de calidad para unificar el reporte de incidentes y eventos adversos, buscando que todas las sedes alcancen la madurez de **La Bella (100% en Seguridad)**.

5. Optimización de la Gestión de Citas y Acceso

- **Acción:** Formalizar mediante acto administrativo o protocolo técnico la modalidad de **agenda (abierta o cerrada)** para la asignación de citas en todas las sedes.



- **Recomendación:** Corregir el incumplimiento sistemático en la definición de agendas detectado en los hospitales principales, asegurando que la comunicación interna sea clara para que los funcionarios puedan empoderarse de este proceso normativo.

6. Mitigación de Riesgos en Medicamentos

- **Acción:** Priorizar la inversión de recursos en el mantenimiento y adecuación de las áreas de almacenamiento en el **68.4% de las sedes** que hoy presentan fallas.
- **Recomendación:** Desarrollar estrategias de seguimiento para medicamentos no reclamados y retroalimentación a EAPB, áreas que actualmente presentan un **0% de cumplimiento** en la gestión de las IPS principales.



15. ANEXOS

15.1. ACTA ACTA ASISTENCIA TÉCNICA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD – ESE SALUD PEREIRA SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD – SEGURIDAD DEL PACIENTE – HUMANIZACIÓN

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL
DIMENSIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

CIUDAD Y FECHA: _____ RAZÓN SOCIAL:

REPRESENTANTE LEGAL: _____ DIRECCIÓN:

NIT: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO:

GERENTE O DIRECTOR: _____ QUIEN ATIENDE LA VISITA:

2. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
2.1. Cuenta con los distintivos visibles a la comunidad.				
OBSERVACIONES				

Libro 2 Parte 5 Título 1 Capítulo 2 del Decreto 780 de 2016 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud “Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los



Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

Resultado Sistema Único de Habilitación

	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	% DE CUMPLIMIENTO
Sistema único de Habilitación	1			

3. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Ruta Crítica				
3.1. Identificar estrategias de despliegue de las acciones del PAMEC				
OBSERVACIONES				

Parte 5, título 1, capítulo 2 2016 Artículo 2.5.1.2.3 numeral 4 del decreto 780 de las Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parte 5, título 1, Capítulo 3, sección 2, Artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 “Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.”

Parte 5, título 1, capítulo 7, Artículo 2.5.1.7.2 del DECRETO 780 de 2016: AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte



de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.”

Resultados PAMEC

	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	1				

4. IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
4.1. Se ha realizado socialización de la implementación de las GPC.				
4.2. Se realiza evaluación de adherencia a las GPC.				

Cuáles son las guías de práctica clínica adoptadas:

5. HOSPITAL SEGURO

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIÓN
5.1¿Han realizado simulacros para emergencias internas?			
5.2. ¿Han realizado simulacros para emergencias externas?			

8. DISCAPACIDAD

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIÓN
6.1 El ingreso a la institución es totalmente			



accesible y NO cuenta con barreras arquitectónicas (en el ingreso, circulación, egreso, ramplas, ascensores, plataformas elevadizas).			
6.2 Los servicios sanitarios cuentan con: dispensador para papel higiénico, papel higiénico, toallero y barras o agarraderas laterales.			
6.3 Existe pasillo o vestíbulo, como antesala para entrar a una unidad sanitaria.			
6.4 El servicio de consulta externa es accesible personas con discapacidad motora.			
6.5 Cuenta con talento humano en lengua de señas colombiana.			
6.6 Se tiene un ítem o marcación para identificar al usuario con discapacidad en la historia clínica.			
6.7 Se tiene una base de datos de los usuarios donde se identifica el tipo de discapacidad.			
6.8 Se cuenta con caracterización de poblaciones vulnerables (desplazado, indígena, afrocolombiano, privado de la libertad, migrante, discapacidad).			

7. OBSERVACIONES RECORRIDO INSTITUCIONAL: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental).

8. OPORTUNIDADES DE MEJORA:



9. RESULTADO DE LA VISITA

	Total de criterios	% de cumplimiento
Sistema único de Habilitación	1	
PAMEC	1	
Guías de práctica clínica	2	
Total	4	

La Institución debe ser notificada a la Secretaría de Salud Departamental Sí ____ No ____

Hallazgo para la notificación:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.1.1 Conoce la política de seguridad de la paciente actualizada.				
10.1.2 COMO SE IMPLEMENTA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
10.1.2.1 El personal de salud ha participado de espacios de implementación de la política.				
10.1.3 ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
10.1.3.1 Cuenta con mecanismos de reporte de eventos adversos (línea telefónica, direcciones de internet, buzón).				



10.1.3.2 Se promueve el auto-reporte voluntario.				
10.1.4 FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL (Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados) Guía de buenas prácticas en seguridad).				
10.1.4.1 Seguridad psicológica: El personal reconoce que el reporte de un evento no implica castigo o humillación.				
10.1.4.2 Seguridad psicológica: El personal reconoce que los eventos presentados sirven para mejorar la atención en salud.				
10.1.4.3 Liderazgo efectivo: El líder o los líderes del servicio crean un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.				
10.1.4.4 Transparencia: Cuando un evento adverso se da en el servicio, se da a conocer a los colaboradores los resultados del análisis.				

	TOTAL, DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	8				

10.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS - BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
10.2.1 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.1.1 Conoce el protocolo para la higiene de manos. (cinco momentos del lavado de manos recomendado por				



la OMS).				
10.2.1.2 Cuentan con insumos para la higiene de manos: toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial.				
10. 2.1.3 Conoce el protocolo, implementación y evaluación de limpieza y desinfección.				
10.2.1.4 Conoce el protocolo, implementación y evaluación de normas de bioseguridad.				
10.2.2 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.2.1 El almacenamiento de los medicamentos es con ambiente controlado y de acuerdo con la normatividad.				
10.2.2.2 Realizan control desde el servicio farmacéutico garantizando el cumplimiento normativo.				
10.2.3 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.3.1 Conoce el protocolo que asegure la correcta identificación del usuario al ingreso en los diferentes servicios.				
10.2.3.2 Cuentan con mecanismos o estrategias para identificar los usuarios.				
10.2.4 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.4.1 Conoce el protocolo para la prevención de riesgos de caída.				
10.2.4.2 Los ambientes en los diferentes servicios se encuentran sin obstáculos, iluminados, con				



antideslizantes, pasamanos y demás cuando sea el caso favoreciendo la seguridad de los pacientes.				
10.2.5 REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.5.1 Conoce el protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con enfermedad mental.				
10.2.5.2 Conoce el protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.				
10.2.5.3 Conoce los mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental.				
10.2.6 GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.6.1 Conoce el programa para la atención de la gestante y el recién nacido, que incluya guías de manejo y protocolos adoptados por la institución.				
10.2.6.2 Promueven la planificación familiar.				
10.2.6.3 Cuentan con protocolos de referencia y contra referencia /remisión y contra remisión actualizados, alineados con la red disponible y socializados con el personal asistencial.				
10.2.7 GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
10.2.7.1 Cuenta con documento de los procedimientos establecidos en la institución de consentimiento informado.				
10.2.7.2 Tienen identificados los procedimientos en el servicio que requieran consentimiento informado.				
10.2.7.3 Cuentan con los formatos				



institucionales de consentimiento informado.				
10.2.7.4 Capacitan al personal asistencial y a los pacientes en la importancia de la participación de los pacientes y su aprobación o no de los procedimientos asistenciales que se puedan presentar durante la atención.				
10.2.7.5 Realizan auditorias constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado de la institución.				

PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS	TOTAL, DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	4				
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamento.	2				
Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	2				
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	2				
Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.	3				
Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.	3				
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado	5				
TOTAL	21				

11. VISITA SANITARIA/ RESIDUOS HOSPITALARIOS				
11.1 Visita sanitaria.				
11.2 Fecha de la visita.				
11.3 Concepto: Favorable, desfavorable, pendiente.				



RESULTADO DE LA VISITA

OBSERVACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental).

[illegible]

[illegible]

Carrera 7 18-55 Pereira – Risaralda
www.pereira.gov.co



EVENTOS ADVERSOS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Cuáles son los principales eventos adversos identificados en la sede.				
Generan planes de mejoramiento de los eventos adversos identificados.				
Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.				
Cuantos eventos adversos identifico en el año anterior y cuantos a la fecha.				
CITAS MEDICAS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Cuenta con mecanismos establecidos para la asignación de las citas, ¿cuáles?				
Utiliza agenda abierta o cerrada para la asignación de las citas.				
ESTRATEGIAS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
La institución cuenta con estrategias que estimulen y mantengan la comunicación como un proceso de humanización. en la atención en salud, con una comunicación adecuada para los pacientes. (educación folletos, videos, u otros).				
La institución cuenta con personal entrenado para llevar a cabo el proceso de humanización y una comunicación clara, asertiva, confiable y eficiente.				
la institución garantiza una comprensión clara por parte del personal, la familia y el usuario en los ordenamientos de la institución.				



La institución realiza evaluaciones de ambiente laboral que permita desarrollar acciones para la mejora continua.				
MEDICAMENTOS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Se realiza seguimiento a la entrega de los medicamentos.				
Cuentan con estrategias cuando la entrega de los medicamentos es parcial o incompleta.				
Cuentan con estrategias cuando los usuarios no reclaman los medicamentos.				

Libro 2 Parte 5 Título 1 Capítulo 2 del Decreto 780 de 2016 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud “Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resultado Política de humanización	Total de criterios	% de cumplimiento
Programa de humanización	2	
Proceso de PQRS	1	
Satisfacción del usuario	3	
Eventos adversos	4	
Citas medicas	2	
Estrategias	4	
Medicamentos	3	
Total	19	

Parte 5, título 1, capítulo 2 2016 Artículo 2.5.1.2.3 numeral 4 del decreto 780 de las Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de



Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parte 5, título 1, Capítulo 3, sección 2, Artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.”

Parte 5, título 1, capítulo 7, Artículo 2.5.1.7.2 del DECRETO 780 de 2016: AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.”.

OBSERVACIONES RECORRIDO INSTITUCIONAL: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental)

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD
SOCIAL

POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD



Firma.	Firma:
Cargo	Nombre:
	Cargo:
	Teléfono:
	Email:
Nombre:	

15.2. ACTA ASISTENCIA TÉCNICA IPS HUMANIZACIÓN EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DIMENSIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

CIUDAD Y FECHA: _____ RAZÓN SOCIAL: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____ DIRECCIÓN: _____

NIT: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

GERENTE O DIRECTOR: _____ QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____

2. PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
2.1 Tienen documentada la política de Humanización en salud.				
2.2 Cuentan con acto administrativo de la adopción de la política de humanización en salud.				



2.3 Realizo la socialización de la política de humanización en salud al interior de la institución.				
2.4 La política de humanización en salud tiene definido el enfoque, cual).				
2.4.1 Enfoque en derechos humanos.				
2.4.2 Enfoque diferencial.				
2.4.3 Enfoque Poblacional e Intercultural.				
2.4.4 Enfoque Atención Integral y Centrado en la Persona.				
2.4.5 Enfoque Ecosistémico.				
2.4.6 Enfoque Ética y Bioética.				
2.5 La política tiene definidos los ejes propuestos de la política nacional de humanización.				
2.5.1 El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud.				
2.5.2 La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.				
2.5.3 El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía.				
2.5.4 La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las				



capacidades y habilidades de humanización en salud.				
2.5.5 El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de Humanización en salud.				
2.5.6 La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud.				
2.5.7 La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad.				
2.6 Según el o los ejes implementados cuenta con estrategias definidas para su desarrollo, ¿cuáles?.				
2.7 Qué mecanismos utiliza para realizar el seguimiento a la adherencia de las estrategias, ¿cuáles?.				
2.8 Cuentan con indicadores para el monitoreo de las estrategias implementadas, ¿cuáles?.				
2.9 Cuentan con estrategias donde se evidencie el compromiso de los proveedores con la calidad y la humanización en salud.				
3. PROCESO DE PQRS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
3.1 Cuentan con un proceso definido y documentado de la gestión de las PQRS.				
3.2 ¿Se realiza gestión de las PQRS, Como?.				
3.3 Se realiza seguimiento o evaluación de las PQRS, ¿Cómo?.				
3.4 Tiene implementado acciones o				



estrategias para la gestión de las PQRS.				
3.5 Cuál es su indicador de gestión para las PQRS.				
3.6 Cuantas PQRS recibieron y gestionaron en el año anterior y hasta la fecha.				
4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
4.1 Realiza encuestas de satisfacción al usuario.				
4.2 Cuál es la metodología utilizada para realizar la encuesta de satisfacción (periodicidad - muestra - mecanismo).				
4.3 Realiza retroalimentación al interior de la institución de los resultados de la encuesta de satisfacción.				
4.4 Realiza planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados de la encuesta de satisfacción.				
4.5 Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.				
5. EVENTOS ADVERSOS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
5.1 Cuáles son los principales eventos adversos identificados en la institución.				
5.2 Generan planes de mejoramiento de los eventos adversos identificados.				
5.3 Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.				
5.4 Cuantos eventos adversos identifico en el año anterior y				



cuantos a la fecha.				
6. CITAS MEDICAS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
6.1 Cuenta con mecanismos establecidos para la asignación de las citas, ¿cuáles?				
6.2 Utiliza agenda abierta o cerrada para la asignación de las citas.				
6.3 Realiza el análisis del indicador de oportunidad, según la normatividad vigente.				
6.4 Genera planes de mejoramiento.				
6.5 Que estrategias tiene implementadas.				
7. ESTRATEGIAS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
7.1 La institución cuenta con estrategias que estimulen y mantengan la comunicación como un proceso de humanización. en la atención en salud, con una comunicación adecuada para los pacientes. (educación folletos, videos, u otros).				
7.2 La institución cuenta con personal entrenado para llevar a cabo el proceso de humanización y una comunicación clara, asertiva, confiable y eficiente.				
7.3 la institución garantiza una comprensión clara por parte del personal, la familia y el				



usuario en los ordenamientos de la institución.				
7.4 La institución realiza evaluaciones de ambiente laboral que permita desarrollar acciones para la mejora continua.				
8. MEDICAMENTOS				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
8.1 Se realiza seguimiento a la entrega de los medicamentos.				
8.2 Cuentan con estrategias cuando la entrega de los medicamentos es parcial o incompleta.				
8.3 Cuentan con estrategias cuando los usuarios no reclaman los medicamentos.				
8.4 Cuentan con un mecanismo de retroalimentación a la EAPB de la entrega de los medicamentos.				
9. SISTEMA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
9.1 ¿Se mide el proceso de referencia, cómo?				
9.2 ¿Se mide el proceso de contrarreferencia, cómo?				
Observaciones				

Libro 2 Parte 5 Titulo 1 Capítulo 2 del Decreto 780 de 2016 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud “Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.



Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resultado Política de humanización

	Total de criterios	% de cumplimiento
Programa de humanización	22	
Proceso de PQRS	6	
Satisfacción del usuario	5	
Eventos adversos	4	
Citas medicas	5	
Estrategias	4	
Medicamentos	4	
Sistema de referencia y contra referencia	2	
Total	52	

Parte 5, título 1, capítulo 2 2016 Artículo 2.5.1.2.3 numeral 4 del decreto 780 de las Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parte 5, título 1, Capítulo 3, sección 2, Artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.”

Parte 5, título 1, capítulo 7, Artículo 2.5.1.7.2 del DECRETO 780 de 2016: AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el



desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.”.

OBSERVACIONES RECORRIDO INSTITUCIONAL: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental)

11. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL	POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD
Firma.	Firma:
Cargo: Enfermería Nombre: Claudia Patricia Varon Ramírez	Nombre:
	Cargo:
	Teléfono:
	Email:



15.3. ACTA ASISTENCIA TÉCNICA SEGURIDAD DEL PACIENTE IPS

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL
DIMENSIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

2. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

CIUDAD Y FECHA: _____ **RAZÓN SOCIAL:**

REPRESENTANTE LEGAL: _____ **DIRECCIÓN:**

NIT: _____ **TELÉFONO:** _____ **CORREO ELECTRÓNICO:**

GERENTE O DIRECTOR: _____ **QUIEN ATIENDE LA VISITA:**

SEGURIDAD DEL PACIENTE



2.1 CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
2.1.1 Cuenta con política de seguridad de la paciente actualizada.				
2.1.2 Cuenta con documento de adopción de la política de seguridad del paciente.				
2.2 COMO SE IMPLEMENTA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
2.2.1 Existe involucramiento de la junta directiva y la gerencia.				
2.2.2 La gerencia asigna presupuesto económico para las actividades de seguridad.				
2.2.3 Existe equipo líder de seguridad.				
2.2.4 Se brinda entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad.				
2.2.5 Se capacita constantemente a los colaboradores en las prácticas seguras.				
2.2.6 Como se gestiona el riesgo de una potencial falla.				
2.2.7 Cuales son los medios de educación utilizados con los colaboradores (estrategias, talleres, etc.).				
2.3 ACTIVIDADES INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
2.3.1 Realiza gestión segura de la tecnología biomédica.				
2.3.2 Cuenta con Comité de gestión de tecnología.				
2.3.3 Cuáles son los mecanismos de reporte de eventos adversos (línea telefónica, direcciones de internet, buzones).				
2.3.4 Se promueve el auto-reporte voluntario.				
2.4 FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL (Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados) Guía de buenas prácticas en seguridad).				



2.4.1 Seguridad psicológica: El personal reconoce que el reporte de un evento no implica castigo o humillación.				
2.4.2 Seguridad psicológica: El personal reconoce que los eventos presentados sirven para mejorar la atención en salud.				
2.4.3 Liderazgo efectivo: El líder o los líderes del servicio crean un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.				
2.4.4 Transparencia: Cuando un evento adverso se da en el servicio, se da a conocer a los colaboradores los resultados del análisis.				
2.5 MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS CLAVES CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
2.5.1 ¿Qué tipos de indicadores existen para el monitoreo de seguridad del paciente? Indicadores de estructura - Indicadores de proceso - Indicadores de resultado.				
2.5.2 Cuentan con programa de monitoreo que contribuyen con la vigilancia de los eventos adversos: -TECNOVIGILANCIA				
2.5.3 Cuentan con programa de monitoreo que contribuyen con la vigilancia de los eventos adversos: - FARMACOVIGILANCIA				
2.5.4 Realizan actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de los eventos adversos como las rondas de				



seguridad.				
2.5.5 Utilizan la metodología de paciente o sistema trazadores.				
2.5.6 Cuentan con herramientas que facilitan la monitorización como listas de chequeo (aplica para todos los procesos).				
2.5.7Cuál es el método de análisis de eventos adversos e incidentes.				

	TOTAL, DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	24				

3. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS - BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

3.1 DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.1.1 Cuenta con protocolo para la higiene de manos. (cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS).				
3.1.2 Cuentan con insumos para la higiene de manos: toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial.				
3.1.3 Cuenta con protocolo, implementación y evaluación de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.				
3.1.4 Cuenta con protocolo, implementación y evaluación de colocación y mantenimiento de sondas vesicales que incluyen acciones para evitar las infecciones asociadas al dispositivo.				



3.1.5 Cuenta con protocolo, implementación y evaluación para el manejo de usuarios que requieren aislamiento.				
3.1.6 Cuenta con protocolo, implementación y evaluación de limpieza y desinfección.				
3.1.7 Cuenta con protocolo, implementación y evaluación de normas de bioseguridad.				
3.1.8 Cuentan con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.				
3.2 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.2.1 Cuenta con un proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia (unidos).				
3.2.2 Cuenta con el proceso para la administración segura de los medicamentos el cual incluye la aplicación mínima de los cinco correctos.				
3.2.3 Cuenta con el protocolo para el uso racional de antibióticos.				
3.2.4 Cuenta con el protocolo de identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo.				
3.2.5 Cuentan con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.				
3.2.6 Cuenta con mecanismo de evaluación de conciliaciones medicamentosas.				
3.2.7 El almacenamiento de los medicamentos es con ambiente				



controlado y de acuerdo con la normatividad.				
3.2.8 Realizan control en el servicio farmacéutico garantizando el cumplimiento normativo.				
3.3 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.3.1 Cuenta con protocolo implementado y evaluado que asegure la correcta identificación del usuario al ingreso en los diferentes servicios.				
3.3.2 Cuentan con mecanismos o estrategias para identificar los usuarios.				
3.4 ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.4.1 Cuenta con protocolo implementado y evaluado que asegure la correcta identificación del usuario y de las muestras de laboratorio.				
3.4.2 Se realiza capacitación y supervisión directa al personal en la toma de las muestras.				
3.4.3 Cuenta con mecanismos de mitigación de errores en la toma de la muestra.				
3.4.4 Cuenta con mecanismos que garanticen mitigar los errores en la identificación de la muestra.				
3.4.5 Los mecanismos utilizados para la entrega de los resultados garantizan que no se presenten errores en la entrega.				
3.4.6 Cuentan con mecanismos de control en el laboratorio para mitigar errores en el análisis de las muestras.				
3.5 PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS				



CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.5.1 Cuentan con protocolo implementado y evaluado para la prevención de riesgos de caída.				
3.5.2 Se aplica escala de identificación de caídas a los pacientes en los servicios de hospitalización.				
3.5.3 Los ambientes en los diferentes servicios se encuentran sin obstáculos, iluminados, con antideslizantes, pasamanos y demás cuando sea el caso favoreciendo la seguridad de los pacientes.				
3.5.4 Cuentan con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.				
3.6 PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.6.1 Cuentan con protocolo implementado y evaluado para la prevención de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras.				
3.6.2 Cuentan con escala de identificación de los pacientes con riesgo de úlceras.				
3.6.3 Cuentan con indicador que monitorea las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.				
3.7 REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.7.1 Cuenta con protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con enfermedad mental.				



3.7.2 Cuentan con protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.				
3.7.3 Cuentan con mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental.				
3.7.4 Tiene identificado los riesgos que se pueden presentar en el proceso de atención de pacientes con patología mentales.				
3.7.5 Realizan seguimiento a los pacientes posterior al diagnóstico.				
3.8 ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.8.1 Cuenta con protocolo de autocuidado para la atención a pacientes de internación hospitalaria.				
3.8.2 Cuentan con canales de comunicación entre el personal de salud y de estos con los usuarios.				
3.8.3 Cuentan en el servicio con una guía de preguntas que podría realizar el paciente.				
3.8.4 Los pacientes, la familia o acompañante son involucrados en su autocuidado y seguridad al momento de las rondas de seguridad.				
3.9 GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.9.1 Se cuenta con un programa para la atención de la gestante y el recién nacido, que incluya guías de manejo y protocolos adoptados por la institución.				
3.9.2 Promueven la planificación familiar.				
3.9.3 Cuentan con protocolos de referencia y contra referencia /remisión y contra remisión actualizados,				



alineados con la red disponible y socializados con el personal asistencial.				
3.10 GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.10.1 Cuentan con procesos de mejora y estandarización de la comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien.				
3.10.2 Cuentan con mecanismos definidos para la comunicación con enfoque diferencial (Etnia – no oyentes – otro lenguaje).				
3.10.3 Cuentan con políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.				
3.10.4 En la entrega de turno cuentan con comunicación precisa y no ambigua, cara a cara para asegurar la entrega del paciente.				
3.10.5 Cuentan con política institucional que tengan los acrónimos o abreviaturas que serán utilizadas en el servicio.				
3.10.6 Cuentan con lista de chequeo para la entrega de los pacientes en los cambios de turnos hospitalarios y el traslado de estos intra e interinstitucionalmente.				
3.10.7 Los resultados de exámenes de laboratorio o imagenología son reportados oportunamente.				
3.11 GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				



CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.11.1 Cuenta con documento de los procedimientos establecidos en la institución de consentimiento informado.				
3.11.2 Tienen identificados los procedimientos en el servicio que requieran consentimiento informado.				
3.11.3 Cuentan con los formatos institucionales de consentimiento informado.				
3.11.4 Capacitan al personal asistencial y a los pacientes en la importancia de la participación de los pacientes y su aprobación o no de los procedimientos asistenciales que se puedan presentar durante la atención.				
3.11.5 Realizan auditorias constantes en torno al cumplimiento de los procedimientos de consentimiento informado de la institución.				

3.12 MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
3.12.1 Aplica la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS.				
3.12.2 Cuenta con protocolo de infecciones asociadas a procedimientos medico quirúrgicos.				
3.12.3 Se realiza capacitación al personal el paquete instruccional.				
3.12.4 Evalúa la adherencia al paquete instruccional.				
3.12.5 Socializa o retroalimenta los resultados de la medición de la adherencia.				
3.12.6 Genera planes de mejoramiento cuando sean necesarios.				



PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS	TOTAL, DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	8				
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamento.	8				
Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	2				
Asegurar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.	6				
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	4				
Prevenir las úlceras por presión.	3				
Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.	5				
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad	4				
Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.	3				
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	7				
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado	5				
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	6				
TOTAL	61				

4. VISITA SANITARIA/ RESIDUOS HOSPITALARIOS				
4.1 Visita sanitaria.				
4.2 Fecha de la visita.				
4.3 Concepto: Favorable, desfavorable, pendiente.				

	TOTAL, DE CRITERIOS	C	NC	% DE CUMPLIMIENTO
--	------------------------	---	----	----------------------



5. RESULTADO DE LA VISITA

OBSERVACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental).

[illegible]



ANEXO 1: INDICADORES SEGURIDAD DEL PACIENTE RESOLUCIÓN 256 DEL 2016

DOMINIO	CRITERIO (Indicador)	DATO (Valor) 2020	DATO (Valor) 2021	DATO (Valor) 2022	C	NC	NA	OBSERVACION
	Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)							
	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)							
	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC)							
	Proporción de endometritis pos parto vaginal							
	Proporción de endometritis pos cesárea							



SEGURIDAD	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización							
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias							
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa							
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica							
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización							
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias							
	Tasa de úlceras por presión							
	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.							
	Tasa de reingreso							



	de pacientes hospitalizados en menos de 15 días							
	Proporción de cancelación de cirugía.							

Resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud; Decreto 1018 de 2007- artículo 6o.” En desarrollo de dicha función, las autoridades municipales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción copia íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoria del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud.

POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL	POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD
Firma.	Firma:
Cargo:	Nombre:
Nombre:	Cargo:
	Teléfono:
	Email:

15.4. ACTA ASISTENCIA TÉCNICA IPS SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DIMENSIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

CIUDAD Y FECHA: _____ RAZÓN SOCIAL: _____



REPRESENTANTE LEGAL: _____ DIRECCIÓN: _____

NIT: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

GERENTE O DIRECTOR: _____ QUIEN ATIENDE LA VISITA: _____

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
2.1 Cuenta con el registro especial de prestadores de servicios de Salud.				
2.2 Realizó reporte de novedades al Reps.				
2.3 Realiza mejoramiento continuo a través de la autoevaluación anual (Resolución 3100 de 2019).				
2.4 Cuenta con los distintivos visibles a la comunidad.				
OBSERVACIONES				

Libro 2 Parte 5 Título 1 Capítulo 2 del Decreto 780 de 2016 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud “Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

Resultado Sistema Único de Habilitación



	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	% DE CUMPLIMIENTO
Sistema único de Habilitación	4			

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

CRITERIO	C	NC	OBSERVACIÓN
3.1 La institución realizó el reporte oportuno de los indicadores a la Supersalud.			
Cuentan con tablero de mando para el monitoreo de los indicadores.			
Realiza el análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales.			
Genera planes de mejoramiento según el comportamiento de los indicadores.			
Realiza seguimiento a los planes de mejoramiento.			
OBSERVACIONES			

Resolución 256 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud; Decreto 1018 de 2007- artículo 6o.” En desarrollo de dicha función, las autoridades municipales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción copia íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoria del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud. Ver anexo 1 (indicadores)

Resultado Sistema de Información para la Calidad

	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	% DE CUMPLIMIENTO
Sistema de Información para la calidad	5			

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Ruta Crítica				



Cuenta con el documento PAMEC físico o digital.				
Cuenta con autoevaluación.				
Cuenta con priorización de procesos.				
Cuál es el enfoque implementado para el mejoramiento de la calidad. (información para la calidad, seguridad del paciente, acreditación o sistema de seguimiento a riesgo).				
Cuál es la duración de la implementación del PAMEC.				
Cuenta con la evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento.				
Cuenta con evaluación de los indicadores de calidad				
Cuentan con reporte de circular 012 / 2016 de la Supersalud.				
Cuenta con un presupuesto asignado para el desarrollo del PAMEC.				
4.10 Comité				
Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad.				
4.10.1 Comité de Ética Hospitalaria Resolución 3437/91.				
4.10.1.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.1.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.1.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
4.10.2 Comité de Trasplantes Decreto 2493/06.				
4.10.2.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.2.2 Cuenta con actas de reunión.				
Cuenta con cronograma de reuniones.				



4.10.3 Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica Decreto. 1562/84.				
4.10.3.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.3.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.3.3 Cuenta con cronograma de reuniones				
4.10.4 Comité de Farmacia y Terapéutica Decreto 2200/05.				
4.10.4.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.4.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.4.3 Cuenta con cronograma de reuniones				
4.10.5 Comité de Vigilancia Epidemiológica Decreto 3518/06.				
4.10.5.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.5.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.5.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
Comité de Transfusión Sanguínea Decreto 1571/93.				
4.10.6.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.6.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.6.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
4.10.7 Comité Docencia - Servicio Decreto 0190/96 - Acuerdo 003/03.				
4.10.7.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.7.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.7.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
Comité de Historia Clínica Resolución 1995/99.				
4.10.8.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité				
4.10.8.2 Cuenta con actas de reunión				



4.10.8.3 Cuenta con cronograma de reuniones				
Comité de Urgencias Decreto 412/ 1992.				
4.10.9.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.9.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.9.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
Comité de seguridad del paciente.				
4.10.10.1 Cuenta con acto administrativo de conformación del comité.				
4.10.10.2 Cuenta con actas de reunión.				
4.10.10.3 Cuenta con cronograma de reuniones.				
OBSERVACIONES				

Parte 5, título 1, capítulo 2 2016 Artículo 2.5.1.2.3 numeral 4 del decreto 780 de las Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parte 5, título 1, Capítulo 3, sección 2, Artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.”

Parte 5, título 1, capítulo 7, Artículo 2.5.1.7.2 del DECRETO 780 de 2016: AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.”

Resultados PAMEC

	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
--	-----------------------	---	----	----	----------------------



Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad	10				
--	----	--	--	--	--

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
5.1 La institución emprendió el camino a la acreditación.				
5.2 Cuenta con acto administrativo que declara el inicio del proceso de acreditación.				
5.3 Cuentan con cronograma para el desarrollo de la ruta de acreditación.				
5.4 Cuenta con seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora para el proceso de la acreditación.				

Resultados Sistema Único de Acreditación

	TOTAL DE CRITERIOS	C	NC	NA	% DE CUMPLIMIENTO
Resultados Sistema Único de Acreditación	10				

IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CRITERIO	SI	NO	NA	OBSERVACIÓN
6.1 Cuenta con perfil epidemiológico definido.				
6.2 Cuentan con acto administrativo de la adopción de guías de práctica clínica.				
6.3 Cuentan con los soportes de la aplicación del método AGREE II.				



6.4 Se ha realizado socialización de la implementación de las GPC.				
6.5 Se realiza evaluación de adherencia a las GPC.				
6.6 Se hace la retroalimentación al interior de la institución de los resultados de la evaluación de adherencia de las GPC.				

Cuáles son las guías de práctica clínica adoptadas:

HOSPITAL SEGURO

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIÓN
7.1 Tienen un documento escrito del PLAN EMERGENCIAS HOSPITALARIO. (La vigencia del formato debe ser de máximo 1 año).			
7.2 ¿El plan incluye el componente de respuesta a emergencias internas? (Es decir que implique procesos de evacuación como Ej: incendios, explosiones, atentados).			
7.3 El plan incluye el componente de respuesta a <u>emergencias externas</u> . (Es decir que implique apoyar a las IPS de mayor complejidad en atención masiva de lesionados leves u otras medidas de apoyo).			
7.4 ¿Tienen Comité de Emergencias? (Que haya acto administrativo de su creación o actas de reunión).			
7.5 Quienes hacen parte del comité de emergencias. (Sería importante conocer los cargos y además los perfiles profesionales para saber si hay			



personal de salud incluido en el Comité o solo perfiles administrativos).			
7.6 ¿Han realizado simulacros para emergencias internas?			
7.7 ¿Han realizado simulacros para emergencias externas?			

8. DISCAPACIDAD

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIÓN
8.1 El ingreso a la institución es totalmente accesible y NO cuenta con barreras arquitectónicas (en el ingreso, circulación, egreso, ramplas, ascensores, plataformas elevadizas).			
8.2 Los servicios sanitarios cuentan con: dispensador para papel higiénico, papel higiénico, toallero y barras o agarraderas laterales.			
8.3 Existe pasillo o vestíbulo, como antesala para entrar a una unidad sanitaria.			
8.4 El servicio de consulta externa es accesible personas con discapacidad motora.			
8.5 Cuenta con talento humano en lengua de señas colombiana.			
8.6 Se tiene un ítem o marcación para identificar al usuario con discapacidad en la historia clínica.			
8.7 Se tiene una base de datos de los usuarios donde se identifica el tipo de discapacidad.			
8.8 Se cuenta con caracterización de poblaciones vulnerables (desplazado, indígena, afrocolombiano, privado de la libertad, migrante, discapacidad).			

9. OBSERVACIONES RECORRIDO INSTITUCIONAL: (Se realizará recorrido por la institución priorizando las acciones soportadas en la revisión documental).



10. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

11. RESULTADO DE LA VISITA

	Total de criterios	% de cumplimiento
Sistema único de Habilitación	4	
Sistemas de Información para la calidad	5	
PAMEC	10	
Guías de práctica clínica	6	
Total	25	

La Institución debe ser notificada a la Secretaría de Salud Departamental Sí ____ No ____

Hallazgo para la notificación:

ANEXO 1. INDICADORES SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD RESOLUCIÓN 256 DEL 2016



DOMINIO	CRITERIO (Indicador)	DATO (Valor)2020	DATO (Valor)2021	DATO (Valor)2022	C	NC	NA	OBSERVACIÓN
Experiencia de la atención	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general							
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general							
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna							
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría							
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología							
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general							
	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía							
	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias							
	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS							
	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos							

POR LA SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL	POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD
Firma:	Firma:



Cargo: Nombre:	Nombre:
	Cargo:
	Teléfono:
	Email:

16. REGISTRO FOTOGRÁFICO







Alcaldía de
PEREIRA



Claudia Patricia Varon Ramirez

CLAUDIA PATRICIA VARON RAMIREZ
Especialista en gerencia de sistemas de salud
Magister en salud pública
Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira

Dr. H. Jorge Flores

Revisado Y Aprobado Líder Eje Estratégico Prestación de Servicios
Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira