

INFORME DE HABILITACION

PROCESO AUDITADO	Informe del plan de mejoramiento del sistema único de habilitación le Hospital Universitario San José de Popan, según visita realizada por la secretaria de salud del Cauca que realizo en año 2017 y revisado en octubre del 2018
AUDITORES	María Eufracia Sandoval Pino, Edna Mercedes López Molina
OBJETO	Realizar revisión, de los estándares y criterios de calidad evaluados por la Secretaria de Salud del Cauca y el plan la de mejoramiento en visita realizada en el mes de septiembre 2017
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad y el plan de mejoramiento del sistema único de habilitación año 2017 del Hospital Universitario San José de Popayán y efectuar el respectivo informe de seguimiento
MARCO LEGAL	Estándares y criterios de habilitación Resolución 2003 de 2014.
FECHA DE AUDITORIA	Inicio del 11 de febrero del 2019 Finaliza el 11 de febrero del 2019
METODOLOGIA	Solicita información al área de calidad mediante oficio. Verificación de cumplimiento de requerimiento realizado y las evidencias. Verificar el si existe un plan de mejoramiento sistema único de habilitación, su respectivo desarrollo
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar el cumplimiento de riesgo plan de mejoramiento sistema único de habilitación

La 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. La habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención en salud. La habilitación es de carácter obligatorio para: 1. Prestadores de Servicios de Salud 2. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y 3. Las redes integradas de Servicios de Salud

Los estándares que contempla el Sistema Único de Habilitación son:

1. Recurso Humano
2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su Mantenimiento.
3. Dotación y Mantenimiento
4. Medicamentos, Dispositivos Médicos y su Gestión.
5. Historia Clínica y Registros Asistenciales. •
6. Interdependencia de Servicios
7. Procesos Prioritarios Asistenciales
8. Referencia y Contra referencia
9. Seguimiento a Riesgos.

La secretaria de Salud del Cauca realizó una visita al HUSJ, desde el 4 de septiembre del 2017 hasta el 2 de octubre del 2017, para lo cual el hospital generó un plan de acción consolidado por la IPS, y otro por áreas y realizó nueva visita para la revisión del plan de mejoramiento en el mes de Noviembre del 2018.

**PLAN DE MEJORAMIENTO SISTEMA UNICO DE HABILITACION AÑO 2018 HOSPITAL SAN JOSE
POPAYAN ESE,**

Servicio	Estándar	Acciones de mejoramiento	Responsable	Fecha	Estado
GENERAL ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIA Y ALTA	TALENTO HUMANO	Gestionar otra Enfermera que en la noche no comparta turno para los servicios de traumatología y Salas pediatría	Subgerente científico	ENERO DEL 2018	CUMPIDO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Actualizar y socializar el procedimiento de revista o ronda médica y evidenciar en intranet el sistema organizado de alerta y con normas para la ronda medica diaria de evolución de pacientes	Coordinador medico	JUNIO DEL 2018	EN DESARROLLO, YA SE ENCUENTRA EL DOCUMENTO EN FISICO, SISTEMAS EN EL MOMENTO ESTA IMPLMENTANDO EL PROGRAMA
		Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales debe contar con protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos	Aseguramiento de la calidad	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDA POR PARTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
GENERAL PEDIATRICA MEDIA Y ALTA	TALENTO HUMANO	Enfermera que en la noche comparte turno para los servicios de traumatología y Salas pediatría	Subgerente científico	ENERO DEL 2018	CUMPLIDO
GENERAL PEDIATRICA BAJA	PROCESOS PRIORITARIOS	Asegurar la correcta identificación del	Aseguramiento de la calidad	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDA POR PARTE DE SEGUIRDAD DEL

		paciente en los procesos asistenciales debe contar con protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre analíticos, analíticos y post analíticos			PACIENTE
CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	DOTACION	Ajustar el proceso de rehusó de copas de equipo de los sentidos con el adecuado proceso de limpieza, desinfección y almacenamiento	Central de esterilización - Líder de calidad	MARZO DEL 2018	MANUAL DE REUSO ACTUALIZADO, NO SE ENCUENTRA AUN EN LA PLATAFORMA DE PLANEACION
	INFRAESTRUCTURA	Cubículos que permiten la movilización del personal y equipos en condiciones de rutina o de emergencia	Infraestructura	JUNIO DEL 2019	No se evalúa esta programado para el año 2019
CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	INFRAESTRUCTURA	Adecuar alarma para gases medicinales en el servicio	Infraestructura	JUNIO DEL 2019	No se evalúa está programado para el año 2019
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	DOTACION	Arreglo o cambio de recipiente rojos	Gestión Ambiental	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
HOSPITALIZACION OBSTETRICIA DE BAJA COMPLEJIDAD	PRIORITARIO	Evidenciar la revisión del proceso de referencia y contra referencia para asegurar al binomio madre - hijo el transporte y atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que lo requieran	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIMIENTO SE REALIZO CON LAS ENTIDADES (ASMET, EMSSAMAR, MEDIMAS Y AIC)QUEDA PENDIENTE RALIZAR LA REUNIO CON LA NUEVA EPS
		Verificar con lista de chequeo que se cuenta con todo los insumos y dispositivos necesario para la atención del parto	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLE
		Procedimientos	líder de calidad,	JUNIO DEL 2018	FORMATO DE

		establecidos para la remisión a especialidades, a vacunación, pacientes a tamizaje de optometría, audiología y terapia integral, según especialidad	coordinador del servicio		REMISION QUE SE ENCUENTRA EN DINAMICA
		Realizar guía de remisión de pacientes a los programas de PEDT	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	FORMATO DE REMISION QUE SE ENCUENTRA EN DINAMICA
HOSPITALIZACION EN UNIDAD SALUD MENTAL	TALENTO HUMANO	Enfermera Profesional en el turno de la noche	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Protocolo de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	SE TIENEN HASTA EL MES DE JULIO YA QUE EN EL MOMENTO NO HAY COORDINADOR EN EL SERVICIO
		Guías y proceso de atención de las principales causas de interacción en salud mental según el MSPS o aplicar instrumento de validación de guías basadas en la evidencia	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	SE TIENEN HASTA EL MES DE JULIO YA QUE EN EL MOMENTO NO HAY COORDINADOR EN EL SERVICIO
		Guías de manejo de urgencia para problemas y trastornos en salud mental	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	SE TIENEN HASTA EL MES DE JULIO YA QUE EN EL MOMENTO NO HAY COORDINADOR DEL SERVICIO
		Procedimiento de remisión a consulta externa de baja, mediana, alta complejidad y a servicios de hospitalización parcial, a servicios de consulta externa, acorde a las condiciones del usuario	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	SE TIENEN HASTA EL MES DE JULIO YA QUE EN EL MOMENTO NO HAY COORDINADOR DEL SERVICIO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Guías de práctica clínica para la evaluación y registro pre-	coordinador del servicio	ENERO A DICIEMBRE DEL 2018	CUMPLIO YA SE ENCUENTRAN EN PLANEACION
CIRUGIA GENERAL, CIRUGIA GINECOLOGICA, MAXILOFACIAL, NEUROLOGICA,					



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 6 de 36

ORTOPEDIA, OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGICA, CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA, VASCULAR, UROLOGICA, OTRAS CIRUGIAS, CA MAMA NO ONCOLOGICO, CX TORAX,		anestésico a todo paciente que va a ser intervenido con anestesia regional o general			
	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	Monitorización de historia clínica del área de cirugía (Diligenciamiento de datos básicos del paciente, secuencia lógica de la historia con los antecedentes y examen físico incompleto)		ENERO A DICIEMBRE DEL 2018	SE CUMPLIO
ANESTESIA, CARDIOLOGIA, CIRUGIA GENERAL, PEDIATRICA, DERMATOLOGIA. CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDICINA DEL DOLOR, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOBSTERICIA, MD FISICA Y REHAB, MEDICINA INTERNA, NEFROLOGIA, NEUMOLOGIA, NEUROLOGIA, OFTALMOLOGIA, ONCOLOGIA CLINICA, ORTOPEDIA O TRAUMATOLOGIA, REUMATOLOGIA, OTRAS ESPECIALIDADES, CX DE MAMA, CX DE TORAX, CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA, CX VASCULAR, COLOPROCTOLOGIA, NEUMOLOGIA PEDIATRICA, NEUROCIRUGIA, NEUROPEDIATRIA, CX MAXILOFACIAL.	PROCESOS PRIORITARIOS	Actualización, socialización y evaluación de guías de práctica clínica de cada especialidad y Guías de clínicas para manejo de patología de urgencias (ginecobstericia), consentimientos informados de retiro de puntos, educación del paciente (oftalmología, traumatología)	Aseguramiento de la calidad	febrero - septiembre 2018	SE HA CUMPLIDO EN UN 100%
		Realizar guía de remisión de pacientes a los programas de PEDT	Aseguramiento de la calidad	febrero - septiembre 2018	CUMPLIDO
	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	Monitorización de historia clínica de las especialidades de consulta externa	coordinador del servicio	Enero a - diciembre 2018	CUMPLIDO
	DOTACION	Dotación a los consultorios en donde se presta el servicio (y valoración pediátrica)	Ingeniería Biomédica	Junio del 2018	HAY UN CONTRATO EL 310 DEL 2018 PARA LA RENOVAR, DOTAR DE TECNOLOGIA PARA LOOS DIFERENTES SERVICIOS
	INFRAESTRUCTURA	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y	lider y coordinador del servicio	CONTINUAMENTE	SE GESTIONA LA HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES
URGENCIAS BAJA ADULTOS MEDIANA Y ALTA					



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PODAYAN
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 7 de 36

		circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial, se debe Reorganización del servicio teniendo en cuenta la ocupación y capacidad instalada			
	MEDICAMENTOS	Controlar temperatura y humedad de los medicamentos y dispositivos médicos en los consultorios y almacenamiento	líder y coordinador del servicio	inmediatamente	CUMPLIDO
		Ajustar consentimientos informados a los procedimientos especificar riesgos y beneficios de realizar el procedimiento	líder y coordinador del servicio	MARZO DEL 2018	CUMPLIO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Actualización, socialización y evaluación de guías de práctica clínica de urgencias como síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas y paciente agitado, protocolo de declaración de muerte cerebral, procedimiento para el abordaje integral de la violencia sexual	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Clasificar en el procedimiento de triage las patologías que se pueden clasificar como triage avanzado	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Criterios explícitos para referir o recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 8 de 36

QUIMIOTERAPIA	PRIORITARIO	Guías de atención, actualizadas sobre tratamientos con quimioterapias	Aseguramiento de la Calidad - enfermeros y médicos del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Guías para la manipulación, uso y manejo de las principales complicaciones de los medicamentos utilizados en el servicio	Aseguramiento de la Calidad - enfermeros y médicos del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Proceso, procedimiento, guía o protocolo para informar al paciente, familia o cuidador, acerca del tratamiento requerido, que incluye información de los medicamentos sus efectos, complicaciones y qué hacer cuando se presenten, como evitarlos, así como condiciones de almacenamiento y forma de administración de la quimioterapia	Aseguramiento de la Calidad - enfermeros y médicos del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	Ciudad y fecha de la prescripción, nombre del paciente, numero de historia, peso, talla y/o superficie corporal, localización del paciente en la institución prestadora de servicios de salud, cuando este hospitalizado y datos de ubicación cuando el paciente sea ambulatorio, denominación común internacional de los medicamentos, forma farmacéutica, dosis teórica del esquema y dosis	Aseguramiento de la Calidad - enfermeros y médicos del servicio	JUNIO DEL 2018	



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPUKAT
"Juntos mejoramos tu salud"
NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 9 de 36

		resultante para el paciente, dosis ajustada en función de parámetros farmacocinéticas, vía de administración, vehículo a utilizar, volumen final de la solución preparada, duración del tratamiento, nombre y firma del médico, número de registro médico			
	MEDICAMENTOS	Dispensación de medicamentos oncológicos, será responsabilidad de la institución prestadora de servicios de salud que atiende al paciente.	servicio farmacéutico - contratación y venta de servicios	MARZO DEL 2018	CUMPLIO
		Identificar los medicamentos como material peligroso			ESTAN EN UNA BODEGA INDEPENDIENTE Y CUANDO ESTAN PREPARADOS SE LE COLOCA UNA ETIQUETA QUE DICE MEDICAMENTO DE MANIPULACION RIESGOSA
TAM OQE437	DOTACION	Ventilador marca AVIANT serie AED 01253 revisar circuito ventilatorio rehusados	central de esterilización	MARZO DEL 2018	CUMPLIO, SE COMPRO EL VENTILADOR LOS CIRCUITOS SON DESECHABLES
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	PROCESOS PRIORITARIOS	Ajustar el procedimiento de desinfección de alto nivel para endoscopios describiendo el detalle, el tiempo requerido en cada una de las etapas del proceso de limpieza y desinfección teniendo en cuenta el número de equipos disponibles y la agenda de programación	líder de calidad, coordinador del servicio	MARZO DEL 2018	CUMPLIO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Actualización,		JUNIO DEL 2018	CUMPLIO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 10 de 36

LABORATORIO CLINICO BAJA, MEDIANA Y ALTA		socialización y evaluación de protocolos, guías, procedimientos y consentimientos informados detallando de manera específica los riesgos y beneficios de cada uno de los procedimientos.	líder de calidad, coordinador del servicio		
		Actualización, socialización y evaluación de protocolos, guías, procedimientos y consentimientos informados detallando de manera específica los riesgos y beneficios de cada uno de los procedimientos.	líder de calidad, coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
	DOTACION	Realizar revisión de carro de paro según cronograma	líder de calidad	Continuo	CUMPLIO SE REALIZA LA PRIMERA SEMANA DE CADA MES
	MEDICAMENTOS	Documentar las etapas del proceso de la gestión de reactivos, dispositivos médicos, medicamentos e insumos utilizados en el servicio.	coordinador del servicio	MARZO DEL 2018	CUMPLIDO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Realizar manuales y actualización del manejo y limpieza de equipos, esterilización	coordinador del servicio	MARZO DEL 2018	CUMPLIDO
		Registros de validación de pruebas y procedimiento de cómo se realiza	coordinador del servicio	MARZO DEL 2018	CUMPLIDO
	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	Sistematización del Kardex para el control de existencias entradas, salidas, máximos y mínimos de todos los productos	sistemas de información-coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 11 de 36

IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DOTACION	Control de calidad de uso corriente que permita evidenciar mediciones de las variables en el equipo portátil serie 13NE74, equipo convencional 262903S20	Gestión de Tecnología Biomédica	JUNIO DEL 2018	EN DESARROLLO PROCESO DE ADJUDICACION EN JURIDICA SE RADICO EN EL AREA JURIDICA EN 16 DE ENERO 2019
	MEDICAMENTOS	Listado de los medicamentos y dispositivos médicos que se solicitan en el servicio incluir los medios de contraste.	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	EXISTE LISTADO
	PROCESOS PRIORITARIOS	Programación de actualizaciones, socializaciones y evaluación de las guías, procedimientos, asignación de citas, protocolos y manuales RADIACION	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
		Cumplimiento de los protocolos que incluyan, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica, establecidos por la Institución		FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
		Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
		Cumplimiento del manual de radio protección, en el cual se especifiquen procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquiera tipo de radiación ionizante, que incluyan los	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAVÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 12 de 36

		procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general			
		Normas explícitas para que la interpretación de los exámenes sea realizada únicamente por el médico especialista	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
		Protocolos para garantizar la calidad de la imagen	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
		Para procedimientos con administración de medio de contraste e intervencionistas, cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización y acceso al procedimiento	coordinador del servicio	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	NO SE TIENE EVIDENCIA EN CALIDAD DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS REALIZADOS EN EL SERVICIO.
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	MEDICAMENTOS	Los registros y soportes de la selección, adquisición, recepción técnica y administrativa, almacenamiento, manipulación, distribución, transporte, y uso de los dispositivos médicos y/o reactivos de diagnóstico in vitro, utilizados para la toma de muestras, además de tener el control de existencias a entradas, salidas y máximos y mínimos de todos los productos y fechas de vencimiento, cuando aplique.	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN
"Juntos mejoramos tu salud"
NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 13 de 36

		Sistema kardex para el control de existencias a entradas, salidas; se debe definir máximos y mínimos	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		Actualizar, Socializar y evaluar el manual de toma, transporte, concertación y remisión de muestras, incluir correctos de administración de medicamentos	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		registro de entrega de muestras al laboratorio clínico: debe especificar tanto la temperatura y hora de toma como de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que la entrega y quien la recibe	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		Actualizar manual de bioseguridad del laboratorio clínico	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		Actualizar manual de gestión integral de residuos institucional ajustado a las características del laboratorio clínico e incluir la disposición final de diagnóstico in vitro	coordinador del servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
TRASFUSION SANGUINEA	DOTACION	Equipo para descongelar plasma, cuando aplique	Gestión de Tecnología Biomédica	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POREYAN
"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 14 de 36

	MEDICAMENTOS	Documentar las etapas del proceso de gestión de reactivos, dispositivos médicos e insumos utilizados en el servicio	Coordinador	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
		Analizar y documentar el control de calidad interno	Coordinador	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
	SERVICIO FARMACEUTICO BAJA, MEDIA Y ALTA	Ajustar los ítems de las fichas técnicas de medicamentos y dispositivos médicos que ingresan a la plataforma institucional en los grupos 151801-151805	Director Técnico	JUNIO DEL 2018	CUMPLIDO
	MEDICAMENTOS	BPM de Gases Medicinales	Subgerencia administrativa-aseguramiento de la calidad - director técnico-infraestructura	JUNIO DEL 2018	El contrato con Cryogas se ejecutó hasta el día 7 del mes de octubre del año 2018, lo que permitió el inicio de proceso de BPM en su primera fase y se encuentra en la etapa de análisis de los estudios previos para publicación
		Se debe ajustar la política de reusó para los dispositivos médicos de acuerdo a las especificaciones del fabricante cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos	central de esterilización	JUNIO DEL 2018	SE CUMPIO
LABORATORIO PATOLOGIA	TALENTO HUMANO	Histotecnologo o citohistotecnologo o histocitotecnologo	talento humano	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO CON LA CONTRATACION CON PATOLOGOS DEL CAUCA
	MEDICAMENTOS	Registro de control de los reactivos y dispositivos médicos utilizados, procesos	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO CON LA CONTRATACION CON PATOLOGOS DEL CAUCA



		documentados de la gestión de los reactivos			
		Programa y manual de control de calidad interno	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO CON LA CONTRATACION CON PATOLOGOS DEL CAUCA
		Análisis de los reportes de control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas Manual de toma, transporte y remisión de muestras	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO CON LA CONTRATACION CON PATOLOGOS DEL CAUCA
		Manuales de procedimientos técnicos de cada sección	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO CON LA CONTRATACION CON PATOLOGOS DEL CAUCA
	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS	Registro de control de calidad interno	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Todos los registros, documentación, laminas y bloques de parafina del laboratorio, deben mantenerse en archivo activo y en archivo muerto durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente y proceso como se realiza	aseguramiento de la calidad-líder de calidad coordinador de servicio	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
	INFRAESTRUCTURA	Área para microscopia	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Área para macroscopia	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Secciones identificadas	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Área para histotecnología Res 4445 de 1996	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO
		Lavamanos	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	CUMPLIO



IMÁGENES DIAGNOSTICAS /ULTRASONIDO	INFRAESTRUCTURA	Cielos de superficie lisa continua, media caña en la unión de paredes, ciellorrasos y pisos, debe contar con división fija entre el área de consulta y el área de procedimiento. Áreas o espacios y características exclusivos, delimitados y señalizados	Mantenimiento	JUNIO DEL 2019	REPROGRAMACION DE OBRA
	DOTACION	Mediciones para el ecógrafo ALOKA ni generación de actividades de mantenimiento por personal especializado. Arreglo del transductor del equipo MINDRAY	Gestión de Tecnología Biomédica	JUNIO DEL 2018	Se evidencio las hojas de mantenimiento de estos equipos
TERAPIA RESPIRATORIA	MEDICAMENTOS	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución	Subgerencia administrativa-aseguramiento de la calidad -director técnico-infraestructura	JUNIO DEL 2018	Se inició el proceso de BPM en gases medicinales, con la contratación para dotación de los equipos y asesoría técnica para el proceso, además se contrató un experto para la documentación requerida para la certificación en BPM que otorga el Invima
FISIOTERAPIA	DOTACION	Contar con los equipos necesarios de acuerdo con los procedimientos a realizar, definidos por el prestador en su manual de procedimientos	Gestión de Tecnología Biomédica	JUNIO DEL 2018	Se cuenta con el contrato 201 del 2018
	INFRAESTRUCTURA	Áreas o espacios y características exclusivos, delimitados y señalizados. Cielo raso y piso.	Infraestructura	JUNIO DEL 2018	Se está interviniendo el servicio
VACUNACION	INFRAESTRUCTURA	Los pisos, paredes y techos, deberán estar cubiertos en	Infraestructura	FEBRERO A SEPTIEMBRE DEL 2018	CUMPLIDO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAVÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 17 de 36

		materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección			
	DOTACION	Ajustar el Kardex para cada biológicos y jeringas con los criterios solicitados por el manual de PAI	líder de calidad	MARZO DEL 2018	Falta un mini espit, 2 estibas de aluminio para la nevera y congelador, caja de transporte para biológico, compra de una póliza que cubra la pérdida de biológico y un estante plástica para insumo
	MEDICAMENTOS	Actualización, socialización y evaluación de los protocolos del servicio	líder de calidad	MARZO DEL 2018	CUMPLIO
ESTERILIZACION	Proceso prioritario	Ajustar el protocolo de reusó de dispositivos médicos de acuerdo a las consideraciones del fabricante para el rehusó de dicho dispositivo. En tanto se defina la relación y condiciones de rehusó de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán rehusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que de muestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o	Central de esterilización	MARZO DEL 2018	CUMPLIO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 18 de 36

		complicaciones por los procedimientos para el usuario con seguimiento del comité de infecciones. El documento del procedimiento institucional para el rehusó limitado debe incluir la limpieza, desinfección, empaque, re esterilización con el método indicado y número límite de reusó			
CONSULTA EXTERNA	INFRAESTRUCTURA	Se evidencia que EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE presta su servicio de consulta externa en un segundo piso el cual no garantiza una accesibilidad a servicios como, cardiología, cirugía general, col proctología, gastroenterología y endoscopia digestiva, genética y humana, ginecología, nefrología, neurología, neuropsicología, obstetricia, oftalmología, oftalmología pediátrica, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología. El Hospital San José no garantiza la accesibilidad ya que no cuenta con rampa ni ascensor para llegar hasta allí.			



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

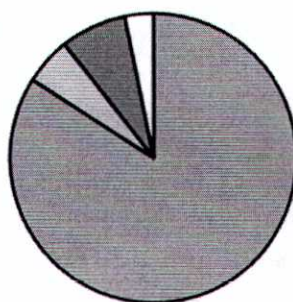
Página 19 de 36

De las 94 actividades programadas en el plan de mejoramiento del sistema único de habilitación año 2018 del Hospital San José de Popayán,

PLAN DE MEJORAMIENTO SISTEMA UNICO DE HABILITACION AÑO 2018 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN ESE,

ACTIVIDADES	NUMERO	PORCENTAJE
DESARROLLADA	79	84
EN DESARROLLO	5	6
NO DESARROLLADAS	7	7
PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2019	3	3
TOTAL DE ACTIVIDADES	94	100

PLAN DE MEJORAMIENTO SISTEMA UNICO DE HABILITACION AÑO 2018 HOSPITAL
SAN JOSE POPAYAN ESE,



■ DESARROLLADA

■ EN DESARROLLO

■ NO DESARROLLADAS

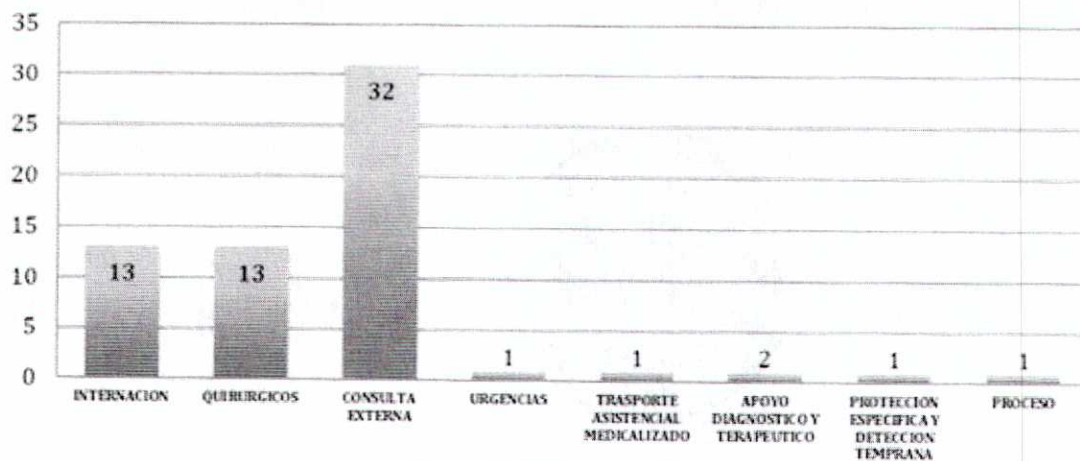
■ PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2019



Se Observa, que el servicio de imágenes diagnosticas no cumple en el desarrollo de las actividades,

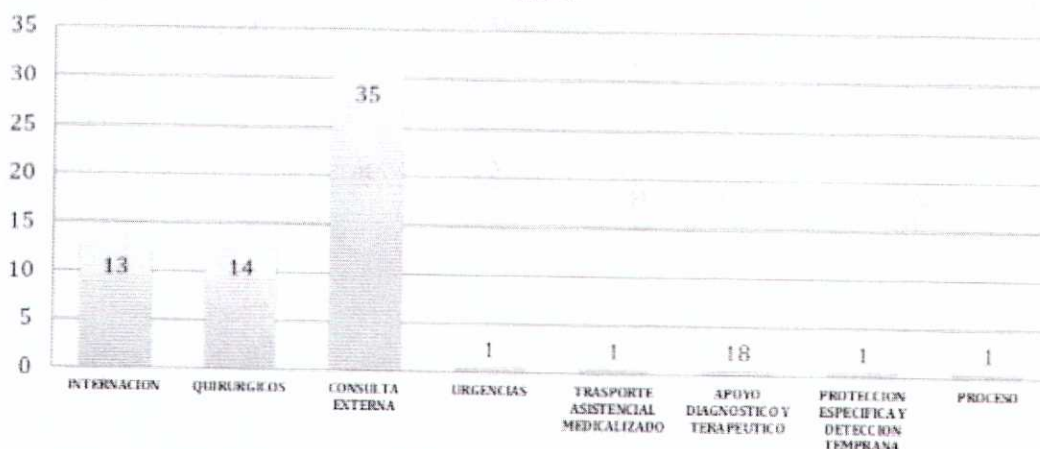
JUNIO DEL 2018

**Servicios declarados en el Registro Unico Especial de Prestadores
- REPS**




Diciembre del 2018

**Servicios declarados en el Registro Único Especial de Prestadores
- REPS**



Proceso	Numero de servicio declarados en el año 2017	Numero de servicio declarados en el año 2018
Internación	13	13
Quirúrgicas	13	14
Consulta externa	31	32
Urgencias	1	1
Trasporte Asitencial Medicalizado	1	1
Apoyo Diagnostico y terapeutico	2	18
Deteccion Especifica y Deteccion temprana	1	1
Proceso	1	1

El Hospital Universitario San José cuenta con 84 servicios declarados en el Registro Único Especial de Prestadores-REPS. Se observa un aumento 4 servicios declarados en el Registro Unico Especial de prestadores REPS de los

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5	Oficina asesora de control interno	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 22 de 36

servicios declarados dado que en el mes de noviembre del 2018, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca realizó visita de verificación de los estándares de habilitación, para la apertura de los servicios de Patología, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Se analiza que hay el mayor incremento de servicios declarados en el Apoyo adiabgnostico y terapeutico en 16.



Capacidad Instalada

Camillas	Observación	Adultos	60
Urgencias		Ginecoobstetricia	10
		Pediatría	10

Total **80**

Camas	Hospitalización	194
	Cuidado Intensivo e Intermedios Adultos	53
	Cuidado Intensivo, Intermedios y Básico Neonatal	35
	Cuidado Intermedio e Intensivo Pediátrico	8
	Unidad de Quemados Pediátrico	7
	Unidad de Quemados Adulto	6

Total **303**

Salas	Quirófanos	6
	Partos	2
	Procedimientos	1

Total **10**

Ambulancia	Medicalizada	1
------------	--------------	---

Total **1**

Sillas	Quimioterapia	5
--------	---------------	---

Total **5**



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

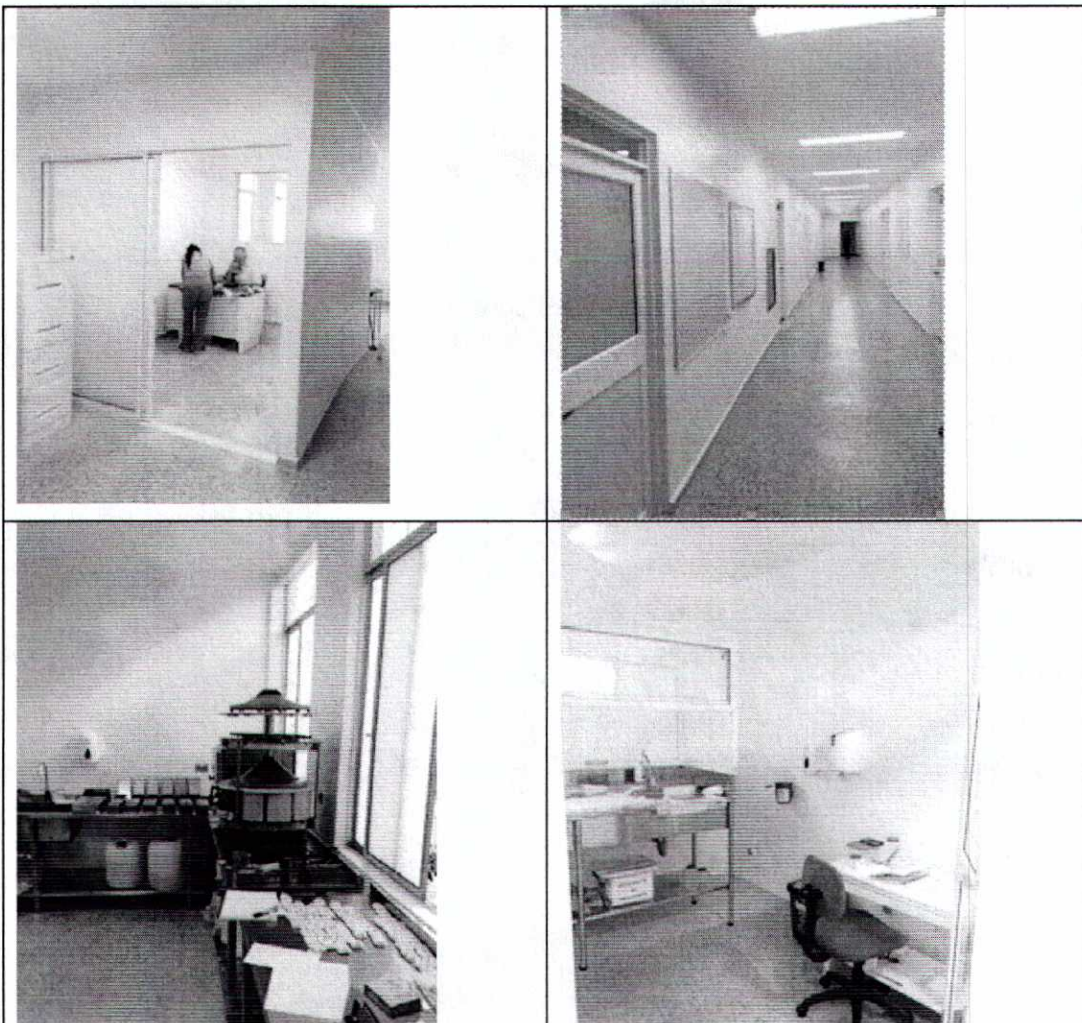
Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 24 de 36

Laboratorio de patología





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYAN
"Juntos mejoramos tu salud"
NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

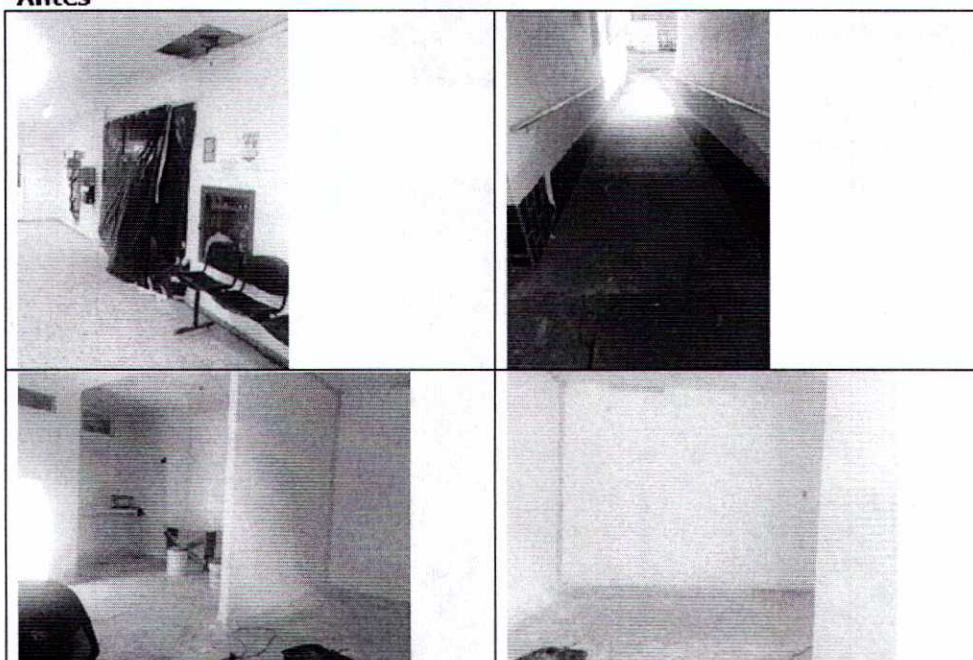
FO-ARH-01

Versión: 03

Página 25 de 36

Consulta Externa

Antes



Ahora



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PUJAYAN
"Juntos mejoramos tu salud"

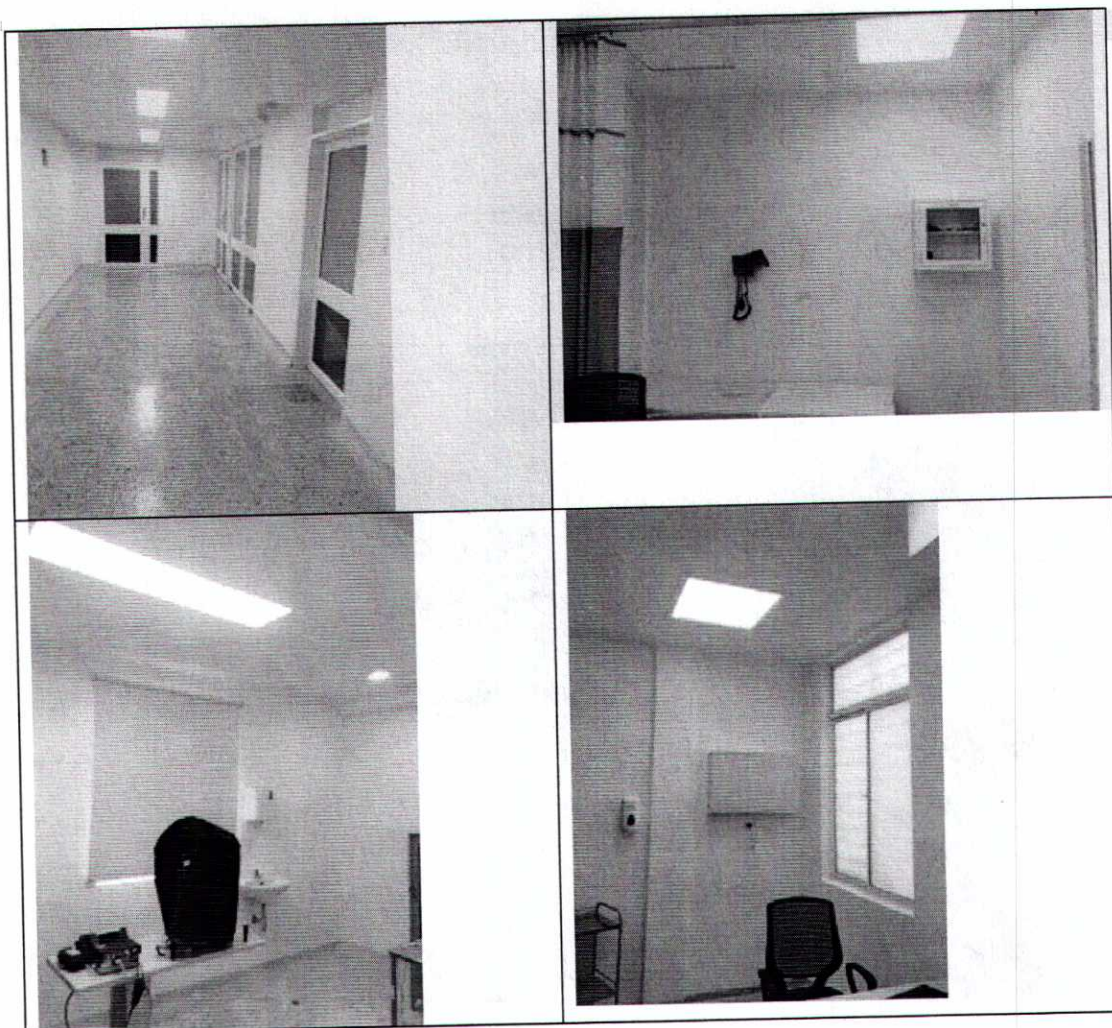
NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 26 de 36



En el servicio de consulta externa en el segundo piso no garantizaba la accesibilidad a las consulta con las especialidades ofertadas incumplimiento que se subsano habilitando el consultorio numero 12 del primer piso para las personas de edad avanzada y en condiciones de discapacidad y se construyo el manual para la atención en salud con enfoque diferencial. Además, se realizo obra de infraestructura con el fin de cumplir con los requerimientos de infraestructura de la resolución 2003 de 2014.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPOYAN

"Juntos mejoramos tu salud"

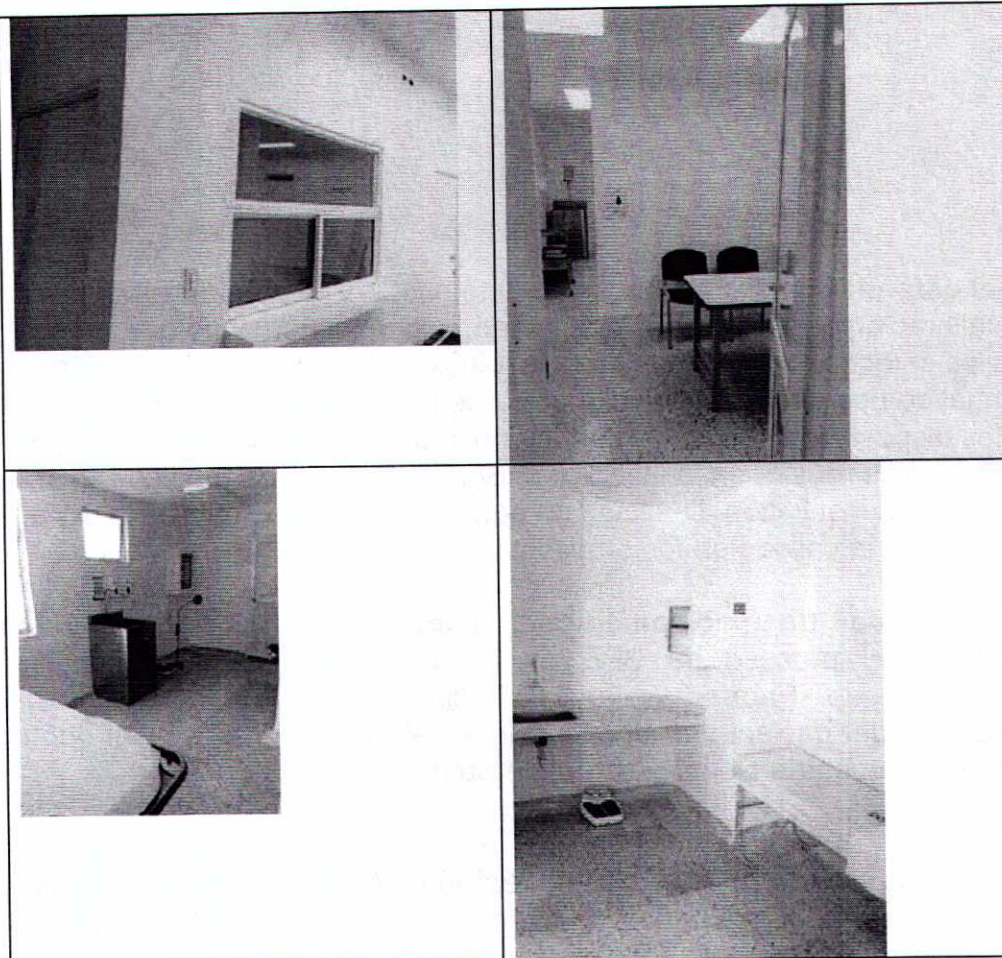
NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno


FO-ARH-01

Versión: 03

Página 27 de 36



Ginecobtetricia

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i></p> <p>NIT 891.580.002-5</p>	<p>Oficina asesora de control interno</p>	<p>FO-ARH-01</p>
		<p>Versión: 03</p>
		<p>Página 28 de 36</p>

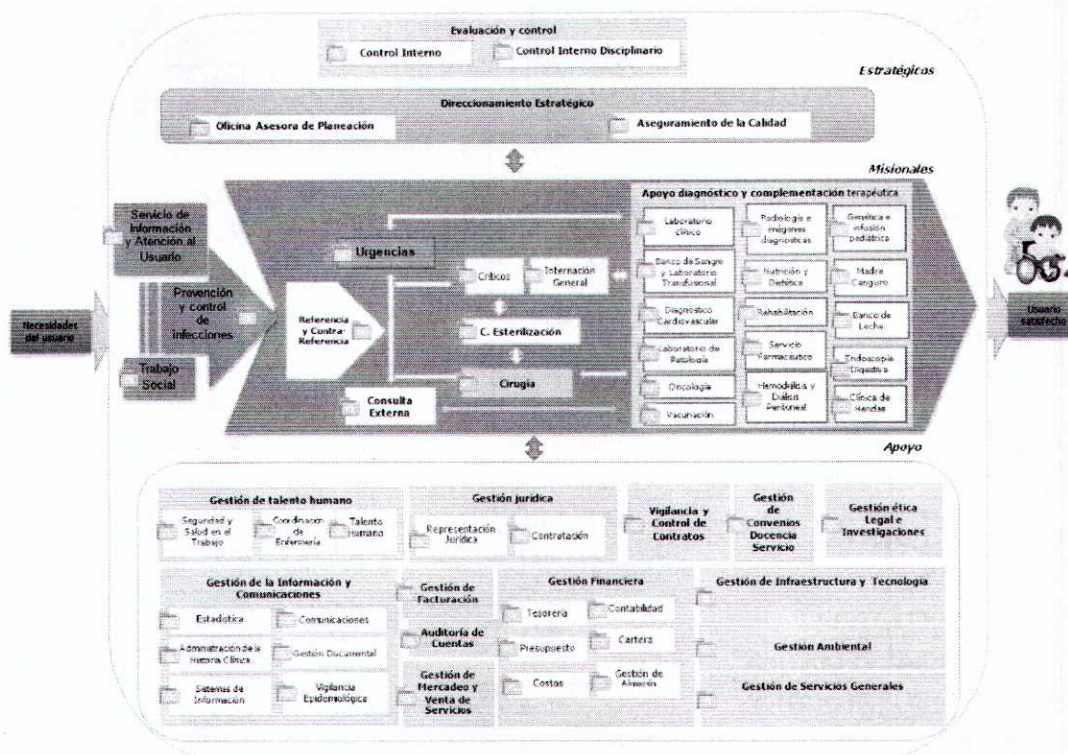
En el estándar de Dotación: se ejecutó hasta el mes de diciembre el contrato de calibración de los equipos que pesan, miden y cuentan lo que permite cumplir con los criterios establecidos en la resolución 2003 de 2014. Se actualizó el manual de uso y reúso institucional lo que permite un número limitado de usos de los dispositivos médicos y contar con la dotación suficiente de los dispositivos que ya no se reúsan en la institución. Solo 6 dispositivos médicos se van a reusar en la institución. Dotación de equipos necesarios a lo largo del año para cumplir con la calidad en los procesos.

En estándar de medicamentos , dispositivos medicos e insumos: se recertificó el proceso de BPE en la central de mezclas institucional. Los Programas de Farmacovigilancia, Tecno vigilancia, Reactivo vigilancia y Seguridad del paciente se encuentran en el primer lugar a nivel departamental según la Secretaría Departamental de Salud del Cauca.

En el estándar de prioritarios: se realizó creación, adopción y actualización de 162 documentos entre guías de práctica clínica, procedimientos, protocolos y manuales institucionales.

Los médicos correspondientes a las especialidades ofertadas realizaron las actividades planeadas al inicio del año 2018, de los cuales 20 cumplieron con el cronograma y 5 especialistas no cumplieron la meta. Neurocirugia, Psiquiatria, neurologia, otorrinolaringologia y cirugia maxilofacial

El mayor avance de la gestión durante el periodo, se realizo en Gestión documental se realizaron cambios en la aplicativo intranet para la búsqueda de la documentación se realizara a través de los iconos del mapa de procesos con el fin de que la búsqueda de los documentos institucionales sea amigable para los colaboradores del hospital.



Guías de práctica clínica	Procedimientos	Protocolos	Manuales
36	38	82	6



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	CONSOLIDADO DE ADHERENCIA POR SERVICIOS PROTOCOLOS DE ENFERMERIA		GCA-CA-PD26-FOIE3
			Versión:0
SERVICIO	Items arimativos	Total de items	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
CIRUGIA Y ENDOSCOPIA	3686	3877	96%
CONSULTA EXTERNA	1278	1373	93%
INTERNACION	4964	5250	96%
GINECOLOGIA	3793	4033	94%
UCI	3244	3405	95%
UNIDAD MENTAL	1913	1937	99%
NEONATOS	1340	1395	95%
SALAS PEDIATRIA	1535	1537	99%
URGENCIAS PEDIATRIA	2311	2380	96%
QUEMADOS PEDIATRIA	1597	1629	97%
UCINT	2092	2197	94%
REHABILITACION	1014	1074	93%
UCIP	3439	3528	96%
URGENCIAS ADULTOS	1551	1729	90%
HEMODIALISIS	671	719	97%
TOTAL	34428	36063	95%


Según las listas de chequeo aplicadas al personal de enfermería y auxiliar de enfermería de los protocolos institucionales durante el año 2018, se alcanzó una adherencia correspondiente al 95% a nivel institucional.

l responsable

- Verificar que los indicadores definidos para la evaluación y seguimiento de las actividades establecidas sean comprensibles en su calculo e interpretación.



Buena tardes remito el análisis de la 418 corregida y la evaluación esta sujeta a la que realice la oficina asesora de planeación que tiene dentro de su caracterización de proceso el control de la Verificación de los indicadores definidos para la evaluación y seguimiento de las actividades establecidas para que sean comprensibles en su cálculo e interpretación

	CONSOLIDADO DE ADHERENCIA POR SERVICIOS PROCESOS PRIORITARIOS GUIAS DE PRACTICA CLINICA, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS 2018		GCA-CA- PD26-FOIE3
			Versión:0
SERVICIO	items afirmativos	items totales	PORCENTAJE DE ADHERENCIA
CIRUGIA Y ENDOSCOPIA	709	721	98%
CONSULTA EXTERNA	506	530	95%
INTERNACION	169	247	71%
HEMODIALISIS	74	79	93%
GINECOLOGIA	2134	2247	95%
UCI	683	703	97%
UNIDAD MENTAL	56	57	95%
NEONATOS	563	581	96%
URGENCIAS Y SALAS PEDIATRIA	289	289	100%
QUEMADOS PEDIATRIA	1503	1551	95%
UCINT	242	255	92%
REHABILITACION	327	357	95%
CONSULTA EXTERNA	506	530	95%
INTERNACION	169	247	71%
UCIP	1143	1171	97%
URGENCIAS ADULTOS	2329	2752	90%
HEMODIALISIS	74	79	93%
LABORATORIO CLINICO	1569	1831	88%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	884	935	94%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0	0	0%
TOTAL	13929	15162	87%

Según las listas de chequeo aplicadas al personal auxiliar de enfermería, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos y médicos especialistas de las guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos institucionales durante el año 2018, se alcanzó una adherencia correspondiente al 87 % a nivel institucional.

En los procesos donde la adherencia no alcanzó la meta propuesta se realizaron planes de mejora, como la resocialización de los protocolos de enfermería a cargo de los líderes de cada proceso.

En estándar de Historia Clínica y Registros Asistenciales:, los coordinadores de servicios y líderes de calidad realizan mensualmente la monitorización de Historia Clínica como parte del mejoramiento en el diligenciamiento adecuado de la historia.

Además algunos avances: ☐ Cuenta con un comité de Historia Clínica en el cual se abordan temas referentes a los cambios, adecuaciones y formatos institucionales que se deben diligenciar. ☐ La historia clínica electrónica se encuentra dentro del sistema de información ☐ Se realizaron mejoras y ajustes al formato de interconsulta, para que sea más accesible a todos los usuarios y que permita que todo paciente tenga una especialidad tratante. Además de generar alertas más eficientes para el especialista.

En el estándar de interdependencia de servicios : Banco de Sangre, apoyo diagnóstico, central de esterilización, Patología, TAM, Central de mezclas y central de gases medicinales; estos servicios cumplieron con el cronograma de actualización, socialización y adherencia de los manuales, procedimientos y protocolos exigidos en el Sistema Único de Habilitación en el estándar de procesos prioritarios lo que permite el fortalecimiento del proceso de manera institucional, el proceso de patología reapertura en el mes de septiembre socializando sus procedimientos con el personal a cargo.

Certificación de Buenas prácticas de Elaboración

Se recertificó en el mes de octubre el proceso de BPE por 5 años en los procesos Esteriles y No Esteriles en las formas farmaceuticas liquidos y solidos en la central de mezclas del hospital, proceso transversal a todos los servicios asistenciales de la Institucion que permite la elaboracion y mezclas de nutrientes esteriles, adecuación, mezcla y ajuste de concentraciones de medicamentos oncológicos estériles, medicamentos estériles.

central de gases medicinales:

La certificación se solicitara la visita en el año 2019, al INVIMA

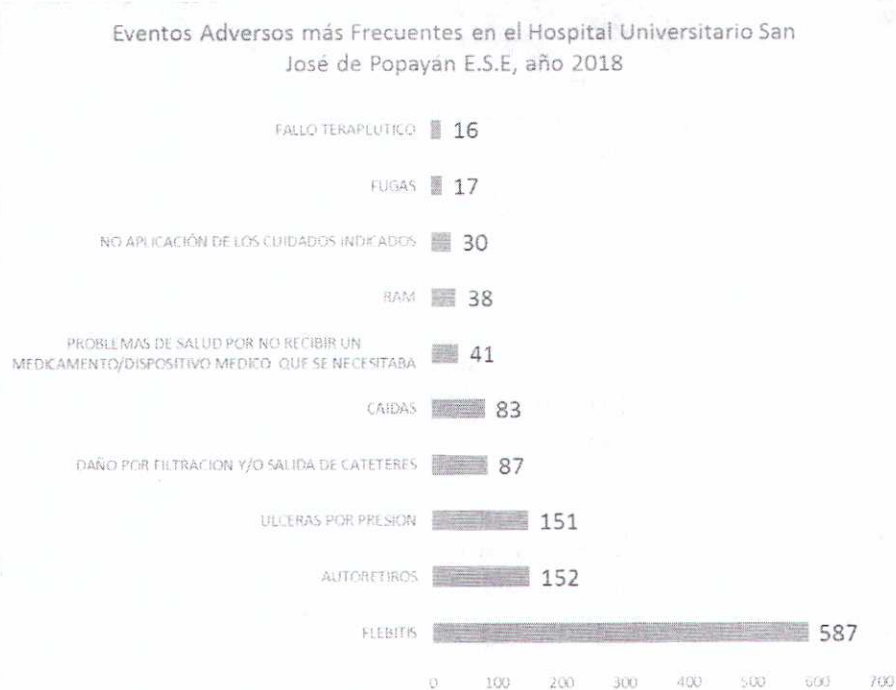
Seguridad del paciente:

Gestión de Eventos Clínicos.

A partir del mes de Junio el equipo de seguridad del paciente suma un nuevo integrante quien se encarga del gestión de los eventos clínicos con el fin de iniciar con el proceso de búsqueda activa que permite además de generar la incidencia de reporte de eventos adversos, fortalecer el proceso de vigilancia proactiva e identificar brechas en seguridad.

De acuerdo a las actividades programadas en el año 2018, se capacitaron 769 colaboradores en la difusión de la política de seguridad del paciente que equivale a un 60 %.

Al realizar el análisis de los reportes de eventos adversos más frecuentes en el Hospital Universitario San José ESE:





Se observa que el de los 1731 reportes realizados 587 (34%), es flebitis, el segundo puesto es 152 (8.8%) que es autoretiro, tercer puesto es 151 (8.7%) que es úlceras por presión, por esta razón en el año 2019, se trabajara en el programa 0 flebitis, que busca determinar los medicamentos que desde su ficha técnica indica la flebitis para que no hagan parte del reporte, se realizar la adquisición de nuevos dispositivos que impidan la manipulación de los sitios de inserción y tablas de dilución con tiempo de difusión para la administración segura de los medicamentos, se realizó el proceso de evaluación de los lineamientos de la política de seguridad del paciente a través de rondas integrales de seguridad las cuales permitieron establecer el grado de cumplimiento a nivel institucional de las metas internacionales que dicta la organización mundial de la salud.

Meta internacional	cumplimiento
Garantizar la Identificación	100%
Garantizar la comunicación efectiva	83%
Seguridad de medicamentos	85%
Prevención de IAAS	57%
Prevención de caídas	88%
Prevención de UPP	78
Total	79%

Se analiza:

1. Se debe realizar un seguimiento trimestral de plan de mejoramiento, para hacer una medición objetiva, para evaluar el cumplimiento de las acciones atrasadas y para cumplir el plan de mejoramiento.
2. El plan de mejoramiento del sistema único de habilitación del año 2018, del hospital san José de Popayán ESE, se cumplió con un 84%, y no se desarrolló un 3%, que es el área de imágenes diagnósticas.
3. Se debe realizar un plan de mejoramiento en la capacitación y evaluación en la meta internacional de prevención de IAAS.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PODAYAN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina asesora de control interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 35 de 35

Atentamente:

Maria Eufracia Sandoval Pino
MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO.
Enfermera Oficina de control interna