

**PROPUESTA DE PROYECTO EN EL MARCO DEL EJERCICIO DE GESTIÓN DEL
CUIDADO**

**PROGRAMA ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA**



NOMBRE DEL PROYECTO

**PLAN DE APOYO EN EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA
CERTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN. OCTUBRE - DICIEMBRE
DE 2022**

ESTUDIANTE:

YINETH ALEJANDRA MAGÉ ORDOÑEZ

PROFESOR QUE ACOMPAÑA:

ENF. MAG. PAOLA ANDREA VEGA ARIAS

TUTORA:

ENF. MARIA CRISTINA MUÑOZ

POPAYÁN, OCTUBRE DE 2022

TABLA DE CONTENIDO

NOMBRE DEL PROYECTO	5
SIGLAS	5
INTRODUCCIÓN	5
DIAGNÓSTICO O DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EXISTENTE	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
<i>Problema central</i>	8
<i>Causas</i>	8
<i>Efectos</i>	8
<i>Descripción del problema</i>	8
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	14
<i>Objetivo General</i>	14
<i>Objetivos Específicos</i>	14
MARCO TEÓRICO	15
<i>Marco Normativo:</i>	15
<i>Marco Institucional:</i>	15
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	16
<i>Misión</i>	16
<i>Visión</i>	16
<i>Valores institucionales</i>	16
MARCO CONCEPTUAL	17
<i>Guía de práctica clínica</i>	17
<i>Manual</i>	17
<i>Protocolo</i>	17
<i>Nivel de adherencia</i>	17

<i>Calidad</i>	18
<i>Historia Clínica</i>	18
<i>Autoevaluación</i>	18
<i>Certificación</i>	18
ABORDAJE METODOLÓGICO	23
RESULTADOS DEL EJERCICIO	26
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Matriz de marco lógico</i>	19
Tabla 2 <i>CICLO PHVA – DAIME</i>	24
Tabla 3 <i>Resultados de los servicios certificados del Hospital Universitario San José de Popayán</i>	26
Tabla 4 <i>Resultados de la documentación con no cumplimiento a la norma 3100 de 2019...</i>	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Árbol de problemas</i>	12
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A <i>Cronograma de Actividades</i>	35
Anexo B <i>Base de datos de los documentos auditados</i>	36
Anexo C <i>Base de datos del indicador evaluado</i>	43
Anexo D <i>Certificación de los Servicios del Hospital San José</i>	44
Anexo E <i>Registro gráfico del grupo de trabajo</i>	45



NOMBRE DEL PROYECTO

PLAN DE APOYO EN EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN. OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2022

SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social

HSJ: Hospital Universitario San José. Empresa Social Del Estado. Popayán

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es aquel organismo encargado de generar, mantener y proporcionar una atención en salud de calidad, enfocado en brindar seguridad en la atención a los sujetos de cuidado, a través de la conformación de normas, mecanismos y procesos sistemáticos del sector salud. Este sistema tiene como propósito dar cumplimiento con los mínimos estándares de calidad para lograr la acreditación y habilitación y poder así prestar los servicios de salud en el territorio colombiano como lo dicta la resolución 3100 de 2019. (OMS, 2002)

Es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud el cumplir todos los

principios de la práctica profesional, en busca de garantizar a los sujetos de cuidado, familia y comunidad un trato humanizado, siempre mediando por el respeto de sus derechos en todo momento durante el proceso de atención, por ende, se debe adquirir una serie de competencias que favorezcan el desarrollo óptimo de enfermeros y enfermeras en sus diversos campos de acción, por lo tanto, resulta imprescindible que se conozca, comprenda y aplique todos los criterios y estándares de calidad para abordar de manera directa y oportuna cada una de las necesidades de los pacientes que se encuentren en nuestros servicios. Para hacer efectivo lo anteriormente descrito, en el Hospital Universitario San José se hace uso de manuales, protocolos y guías de práctica clínica esenciales para garantizar la atención de calidad en la prestación de los servicios de salud, ya que, para la creación de dichos documentos se debe contar con una evidencia científica que soporte de forma veraz el desarrollo de las actividades, brindando un abordaje integral al usuario, sin dejar de lado las particularidades de cada individuo al ser atendido desde un enfoque holístico.

Con base en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC), se cuenta con el proceso de autoevaluación interna, como una herramienta que permite identificar los hallazgos y oportunidades de mejora en cada uno de los servicios que se realiza el ejercicio. Esta herramienta cuenta con siete estándares de calidad basados en la resolución 3100 de 2019, donde se encuentra el estándar de procesos prioritarios que genera los requerimientos para el cumplimiento de la documentación del manejo de atención de las principales patologías, procedimientos y protocolos que se realizan en la institución, así como las capacitaciones continuas y adherencias al personal asistencial que le brinda la atención a los pacientes que ingresen a los diferentes servicios del hospital.

Ahora bien, una vez se cuenta con los hallazgos de las autoevaluaciones se socializa a los coordinadores y líderes de cada servicio para proceder a realizar el plan de trabajo y así dar cumplimiento a la norma y de esta forma poder presentarse a la certificación en habilitación de los servicios restantes del hospital, todo lo anterior, para iniciar el proceso de consolidación de la acreditación en salud del Hospital Universitario San José de Popayán.

DIAGNÓSTICO O DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EXISTENTE

La resolución 3100 de 2019 establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con siete estándares de calidad los cuales deben ser cumplidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud para lograr ser certificadas en cuanto al cumplimiento de las condiciones de habilitación en salud. Por lo tanto, se debe llevar a cabo el proceso de autoevaluación de los documentos, herramienta de gran utilidad que permite identificar los requerimientos de la documentación de cada servicio, por ende, el Hospital Universitario San José E.S.E, debe realizar el ajuste de cada uno de los hallazgos encontrados en la aplicación de este ejercicio acorde a lo establecido en la resolución ya mencionada.

Por lo tanto, la necesidad existente del Hospital Universitario San José, es obtener la certificación de los servicios de internación y consulta externa, por medio de procesos de subsanación de los hallazgos encontrados en cada uno de los servicios que necesitan dicha certificación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema central

Falta de certificación de los servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José de Popayán.

Causas

Cambio de la resolución número 00002003 de 2014, a la resolución 00003109 de 2019; en la primera, “definen los procedimientos y condiciones de inscripción de las IPS y de habilitación de servicios de salud”, y en la segunda, “definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”. Además, la institución prestadora de los servicios de salud cuenta con nuevos servicios habilitados que requieren del proceso de certificación en salud. Por ende, se han generado cambios en este proceso acorde a la reciente resolución y sus nuevas especificidades.

Efectos

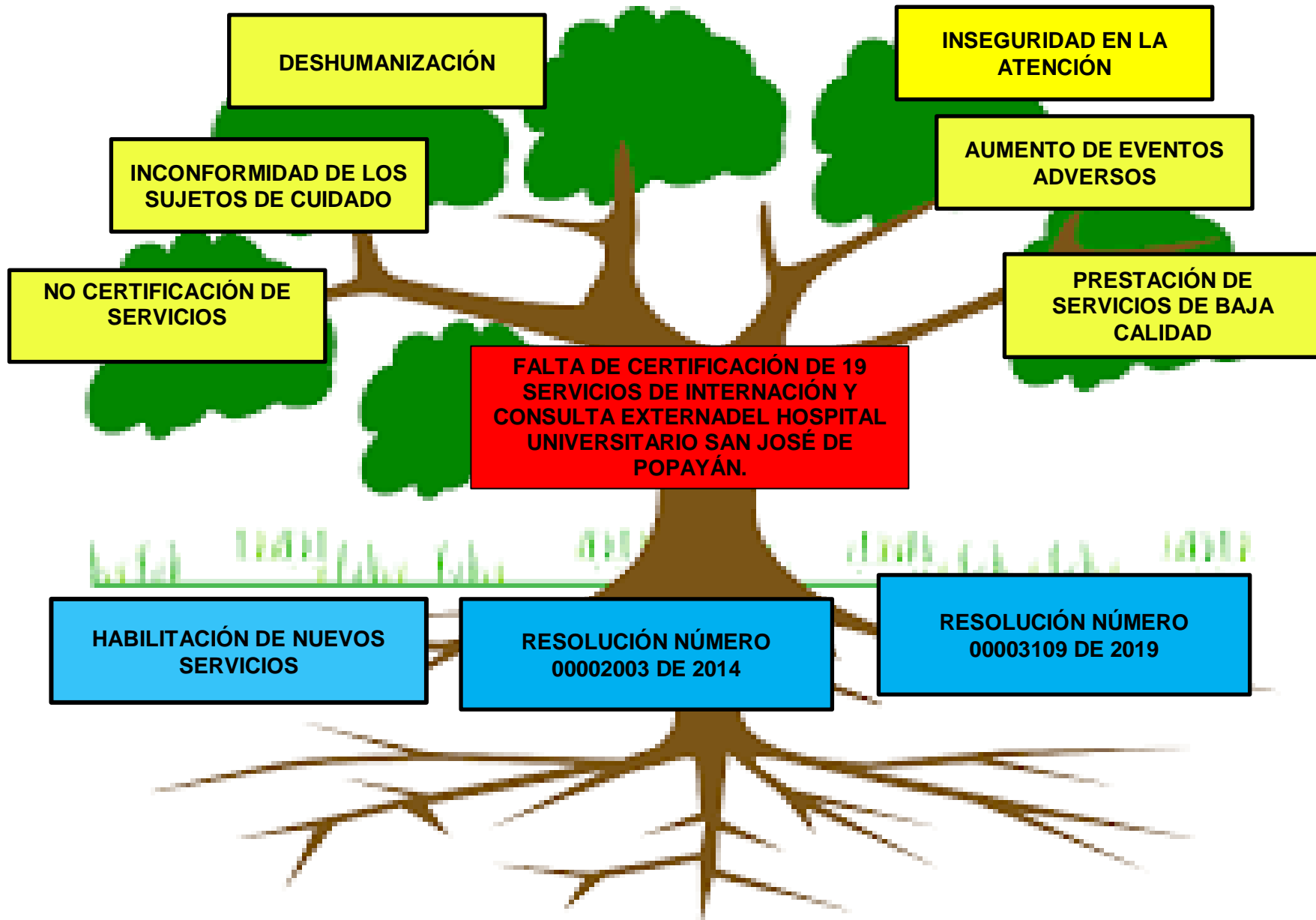
No certificación de servicios o procedimientos, inconformidad de los sujetos de cuidado, inseguridad en la atención, prestación de servicios de baja calidad, eventos adversos para el paciente e intensificación de la deshumanización.

Descripción del problema

El Hospital Universitario San José de Popayán cuenta con la certificación de algunos servicios de consulta externa y cirugía segura, sin embargo, no cuenta con la certificación de 19 servicios de internación y consulta externa, debido a que se generó un cambio de la resolución 00002003 de 2014 a la resolución 00003109 de 2019, por lo tanto, este proceso se

vio afectado, ya que se deben hacer una serie de ajustes acordes a las nuevas especificidades de la resolución. Cabe resaltar que, dentro de su mapa de procesos institucional, se tiene información documentada de todos los protocolos, manuales, procedimientos y guías de práctica clínica que se deben aplicar, estos documentos sirven de apoyo para los diferentes profesionales de la salud, auxiliares y personal de servicios generales que trabajan en los servicios, con el objetivo de reducir la aparición de todo tipo de incidentes o eventos adversos, puesto que, cada una de estas herramientas están basadas en evidencia científica garantizando así una atención segura y de calidad para todos los usuarios, para así finalmente lograr la certificación de algunos servicios (19), aunque existen todo este tipo de instrumentos en el aplicativo “Vulcano”, se les debe realizar un nuevo proceso de autoevaluación a cada uno de los manuales, protocolos, procedimientos y guías de práctica clínica de cada servicio , con el fin de cumplir con cada uno de los parámetros de evaluación de la institución y la resolución, siendo garantes de su cumplimiento y adherencia a los mismos. A continuación en la Figura 1 se identifican la naturaleza y el contexto de la problemática que se debe resolver.

Figura 1 *Árbol de problemas*



JUSTIFICACIÓN

El aseguramiento de la calidad es un tema de gran relevancia en las instituciones prestadoras de salud, centros de atención, clínicas y hospitales, debido a que se tiene en cuenta para la certificación de servicios que deben contener los estándares mínimos de habilitación, en beneficio de brindar servicios seguros con calidad a los sujetos de cuidado, sin embargo, este proceso genera gran preocupación en todos los profesionales de la salud, en especial en el personal de enfermería, esto se debe a que las entidades han asignado a los profesionales de enfermería la valiosa función y responsabilidad de velar por el cumplimiento de los proceso de normalización y estandarización de la calidad, lo cual conlleva el verificar las adherencias a los protocolos, guías y manuales que se implementan en todos los momentos del cuidado al paciente, así mismo atender las auditorías en los diferentes servicios como las demandas de las normas legales.

Todos los profesionales de la salud deben ser garantes de la creación de una cultura de aseguramiento de la calidad que ayuda a reducir la aparición de eventos adversos o incidentes, así como disminuir los factores de riesgo al recibir la atención en salud, por esta razón, resulta imperante sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de entender el por qué, para qué se creó, qué persigue y cuál es el fin de la calidad, con el objetivo de lograr un trabajo en equipo donde se vean incluidos todos los profesionales, administrativos, técnicos, auxiliares, residentes y facultativos, para así fortalecer las interrelaciones entre los diferentes servicios y mejorar la atención al paciente. (MINSALUD, 2018)

A causa de lo antes dicho, es imprescindible verificar el cumplimiento de los diversos procesos que afectan la calidad en la atención de los sujetos de cuidado, teniendo en cuenta la normatividad vigente, debido a que la norma propende asegurar una atención de calidad para el paciente en términos técnicos, científicos y de cuidado, todo esto con base en la práctica de las auditorías a nivel institucional que van de la mano con los referentes legales y normativos que salvaguardan las instituciones prestadores de salud a nivel nacional, por medio de ese ejercicio se identificarán los hallazgos propios de la auditoría, pieza esencial en el control de la calidad en la prestación del servicio de salud.

Este proyecto se desarrolla en dos fases, la primera hace referencia al proceso de subsanación de los hallazgos encontrados en la revisión de la documentación de los servicios a certificar y la segunda fase, en el acompañamiento indirecto en la certificación en el mes de diciembre del año en curso.

OBJETIVOS

Objetivo General

Optimizar los protocolos, guías y manuales de práctica clínica para el fortalecimiento de las acciones de atención segura del paciente, por parte del personal sanitario de los 19 servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José de Popayán, desde principios de octubre hasta diciembre del 2022.

Objetivos Específicos

- Identificar la estructura organizativa de los servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José de Popayán.
- Realizar proceso de auditoría interna a los protocolos, manuales y guías de práctica clínica de los 19 servicios a certificar.
- Realizar un diagnóstico de acuerdo a los hallazgos encontrados en los protocolos, guías, manuales y procedimientos para cumplir con los criterios de la resolución 3100 de 2019.

MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo del proyecto se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

Marco Normativo

Resolución No 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. (MINSALUD, 2019)

Marco Institucional

El Hospital Universitario San José se encuentra ubicado en la ciudad de Popayán en el departamento del Cauca, el cual mediante el acuerdo número 02 del 4 de febrero de 2004, el Concejo Municipal de Popayán determina que el Hospital Universitario San José empresa social del estado “es una entidad pública, descentralizada del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa”. (HSJ, 2023)

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Misión

La razón por la cual existe el Hospital Universitario San José, denota su carácter social con enfoques de dignidad, oportunidad y articulación con la academia y la investigación.

Prestar servicios de salud de alta complejidad a usuarios, sus familias y comunidad con enfoque de calidad y mejoramiento continuo, por medio de su talento humano comprometido con la integridad, seguridad y humanización del servicio, apoyado en procesos de docencia e investigación. (HSJ, 2023)

Visión

El Hospital Universitario San José a largo plazo se ha propuesto alcanzar el siguiente logro.

Estar consolidados para el año 2030 como un Hospital Universitario acreditado en salud, reconocido a nivel nacional, con énfasis en prestación de servicios complementarios, mediante un modelo de atención integral, con enfoque de gestión sostenible por su efectividad, responsabilidad social, ambiental e innovación. (HSJ, 2023)

Valores institucionales

- Honestidad
- Responsabilidad

- Compromiso
- Diligencia
- Justicia
- Liderazgo y competitividad
- Espíritu Investigativo e Innovación.

MARCO CONCEPTUAL

Guía de práctica clínica

Documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base a una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.

Manual

Es una herramienta que le permite al profesional de salud tener a la mano las nociones básicas y la forma correcta de aplicación de un tema en específico.

Protocolo

Secuencia lógica y detallada de un conjunto de actividades, conductas o procedimientos a desarrollar para la atención de una situación específica de salud en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones realizadas por parte del personal que interviene en la atención. Incluye aquellos protocolos definidos por el prestador de servicios de salud y los establecidos en la normatividad que regula la materia como obligatorio cumplimiento.

Nivel de adherencia

Grado de cumplimiento en cuanto a manejo de patologías definidos en guías de

práctica clínica según enfermedad.

Calidad

Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades y expectativas implícitas o expresadas por los usuarios.

Historia Clínica

Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, como lo dispone el artículo 1 de la resolución de 1995 de 1999 o la norma que la modifique o sustituya.

Autoevaluación

Verificación interna del cumplimiento de las condiciones de habilitación y sus correspondientes estándares y criterios definidos en la resolución 3100 del 2019.

Certificación

Verificación del cumplimiento de condiciones técnico administrativas, de suficiencia patrimonial, financiera, las tecnologías y científicas de habilitación.

A continuación, en la Tabla 1 se detalla el Plan de apoyo en el estándar de procesos prioritarios para la certificación de los servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José, sus objetivos, los indicadores, las fuentes de verificación y las hipótesis relacionadas a tales propósitos.

Tabla 1 Matriz de marco lógico

Título	PLAN DE APOYO EN EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN. OCTUBRE DE 2022 - DICIEMBRE DE 2022		
Resumen narrativo			
<p>Objetivo de desarrollo:</p> <p>Aportar al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la dimensión transversal en el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud.</p> <p>En este proyecto se organizó un plan de trabajo donde se llevó a cabo una auditoría interna a cada uno de los documentos de los servicios a certificar, para posteriormente realizar la subsanación de los hallazgos encontrados en los protocolos, guías y manuales, esto con el fin de dar cumplimiento a las especificidades de la resolución 3100 de 2019 y lograr la certificación de los 19 servicios del Hospital Universitario San José de Popayán. Así mismo, se ejecutó la sustentación del estándar de procesos prioritarios en la dimensión transversal de todos los servicios a la auditora encargada de la Secretaría de Salud Departamental que se realizó los días 12, 13 y 14 del mes de diciembre del año en curso.</p>			
Resumen narrativo	Indicador objetivamente verificable	Fuentes de verificación	Supuestos
<p>Propósito</p> <p>Objetivo General</p> <p>Optimizar los protocolos, guías de práctica clínica, procedimientos y manuales para obtener la certificación de los 19 servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José de Popayán, desde principios de octubre hasta diciembre del 2022</p>	<p>1- Porcentaje de documentación con NO cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios / Total de documentos auditados en el estándar de procesos prioritarios X100</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Base de datos para la búsqueda de documentos. ● Bases de datos para la verificación de equipos biomédicos. ● Bases de datos de la morbilidad de los servicios. ● Mapa de procesos institucionales donde se encuentra el consolidado de procesos asistenciales, guías, manuales, 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para la consecución de información (ambigua) para realizar protocolos. - Falta de adherencia del personal para cumplir con las especificidades que exige la resolución 3100 de 2019. -Subregistros. - Rotación del personal por cambios de administración. - Falta de control en

protocolos.

tiempos de pandemia.

-Documentos ligados a los criterios de la anterior resolución 2003 de 2014.

<p>Resultado</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>- Identificar la estructura organizativa de los servicios de internación y consulta externa del Hospital Universitario San José de Popayán.</p> <p>-Realizar proceso de auditoría interna a los protocolos, manuales y guías de práctica clínica de los servicios a certificar.</p> <p>-Realizar un diagnóstico de acuerdo a los hallazgos encontrados en los protocolos, guías, manuales y procedimientos para cumplir con los criterios de la resolución 3100 de 2019.</p>	<p>1- Porcentaje de documentación con NO cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios / Total de documentos auditados en el estándar de procesos prioritarios X100</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Base de datos para la búsqueda de documentos. ● Bases de datos para la verificación de equipos biomédicos. ● Bases de datos de la morbilidad de los servicios ● Mapa de procesos institucionales donde se encuentra el consolidado de procesos asistenciales, guías, manuales, protocolos. <p>-Dificultades para la consecución de información (ambigua) para realizar protocolos.</p> <p>-Falta de cooperación del personal para cumplir con las especificidades que exige la resolución 3100 de 2019.</p> <p>-Subregistros.</p> <p>-Rotación del personal por cambios de administración.</p> <p>- Falta de control en tiempos de pandemia.</p> <p>-Documentos ligados a los criterios de la anterior resolución 2003 de 2014.</p>
---	--	--

Acciones	1- Porcentaje de documentación con NO cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios / Total de documentos auditados en el estándar de procesos prioritarios X100		
Actividades principales			
*Realizar auditoría interna de los protocolos, manuales, guías y procedimientos de los 19 servicios a certificar.		-Base de datos para la búsqueda de los documentos.	-Dificultades para la consecución de información (ambigua) para realizar protocolos.
*Subsanar los hallazgos encontrados acorde a las especificidades de la resolución 3100 de 2019.		-Bases de datos para la verificación de equipos biomédicos.	- Falta de cooperación del personal para cumplir con las especificidades que exige la resolución 3100 de 2019.
*Participar en el proceso de las asistencias técnicas por parte de la Secretaría de Salud Departamental al HUSJ.		-Bases de datos de la morbilidad de los servicios	-Subregistros.
*Sustentar ante la Secretaría de Salud Departamental el estándar de procesos prioritarios de todos los servicios.		-Mapa de procesos institucionales donde se encuentra el consolidado de procesos asistenciales, guías, manuales, protocolos.	- Rotación del personal por cambios de administración.
			- Falta de control en tiempos de pandemia por COVID - 19.
			-Documentos ligados a los criterios de la anterior resolución 2003 de 2014.

ABORDAJE METODOLÓGICO

La Universidad del Cauca por medio del programa de Enfermería ofrecerá apoyo al Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ), específicamente en el área de aseguramiento de la calidad en el estándar de procesos prioritarios, para lograr la certificación de 19 servicios de consulta externa e internación de la institución, en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2022 , a través de la herramienta metodológica de marco lógico, la cual permitirá describir de forma secuencial cada fase de la siguiente manera: En la primera fase, se realiza un proceso de revisión de los documentos de cada servicio a certificar, es decir, una auditoría interna, con el fin de lograr identificar los hallazgos y poder subsanarlos acorde a las especificidades de la resolución 3100 de 2019; en la segunda fase, se realiza el planteamiento del problema y los objetivos, los cuales permiten guiar de forma adecuada el proyecto de gestión y finalmente establecer la matriz de marco lógico con los respectivos indicadores, medios de verificación y supuestos.

Ahora bien, para el Hospital Universitario San José de Popayán, es de vital importancia obtener la certificación de los servicios de consulta externa e internación, para garantizar una atención de calidad a todos los sujetos de cuidado y sus familias, así mismo, el Hospital se posiciona como una institución garante del cuidado y calidad en cada uno de los servicios prestados a los usuarios y personal que labora en el mismo. En la primera actividad se estableció el plan de trabajo a desarrollar para lograr la auditoría interna de todos los documentos a cabalidad, la segunda actividad de apoyo ejecutada, está relacionada con la revisión de cuatrocientos cuarenta y ocho (448) documentos (protocolos, manuales, guías y procedimientos) de los servicios a certificar, los cuales se descargan del mapa de procesos en el aplicativo “Vulcano” propio del hospital; la tercer actividad, se enfatiza en identificar los hallazgos en cada uno de los documentos, para posteriormente llevar a cabo la subsanación de los hallazgos acorde a lo

estipulado en la resolución 3100 de 2019, donde se especifica lo requerido para cada servicio y poder así cumplir con todo lo exigido para alcanzar la certificación; la cuarta actividad, está dirigida a la creación de los setenta (70) paretos y sus respectivos AGREE, con el fin de justificar el perfil de morbilidad de los servicios en el año 2021; la cuarta actividad, está encaminada a realizar las respectivas listas de verificación de toda la documentación para así asegurar la adherencia a los protocolos, manuales, guías y procedimientos, por parte de todo el talento humano del Hospital Universitario San José de Popayán, así mismo intermediar para lograr conseguir las socializaciones de cada uno de los procesos realizados. Posteriormente, se sustenta ante la auditora de la Secretaría de Salud Departamental, el estándar de procesos prioritarios de todos los servicios de la institución.

A continuación, en la Tabla 2 se expone la herramienta de gestión de calidad PHVA.

Tabla 2 *CICLO PHVA – DAIME*

P PLANEAR		H HACER	V VERIFICAR	A ACTUAR
D DOCUMENTADO	A APROBADO	I IMPLEMENTADO	M MONITORIZADO	E EVALUADO

**Resolución 3100
de 2019.**

Revisión interna
(revisión por
calidad)

Recursos:

- Dispositivos electrónicos.
- Acceso internet
- Protocolos, guías, manuales institucionales.
- Aplicativo vulcano/mapa de procesos.

Con base a las
asistencias técnicas
por parte de la
Secretaría de Salud
Departamental a la
documentación de los
servicios de consulta
externa e internación,
se identifican los
hallazgos que deben
ser subsanados para
obtener la certificación
de los 19 servicios,
teniendo en cuenta el
estándar de procesos
prioritarios .

Valoración y revisión
diaria por parte de la
enfermera profesional
encargada del estándar
de procesos prioritarios
en el área de
aseguramiento de
calidad del Hospital
Universitario San José
de Popayán.

INDICADORES

1- Porcentaje de
documentación con NO
cumplimiento a la norma
3100 de 2019 en el
estándar de procesos
prioritarios / Total de
documentos auditados
en el estándar de
procesos prioritarios
X100

2- Total de documentos
revisados / Total de
documentos planeados.

Análisis de los
resultados
obtenidos de
la auditoría
interna de
cada uno de
los
documentos,
con el fin de
planificar
acciones de
mejora o
fortalecimiento
de los
procesos de
atención
institucional
del HUSJ.

RESULTADOS DEL EJERCICIO

La información que se presenta a continuación, es el resultado de la auditoría interna de 448 protocolos, guías y manuales de práctica clínica de los 19 servicios a certificar en el Hospital Universitario San José de Popayán. Los servicios a certificar fueron: Urgencias adultos (29), ginecología (28) y pediatría (28), farmacia (14), imágenes ionizantes (6) y no ionizantes (4), internación adultos (19) y pediatría (19), atención al parto (16), unidad de cuidados intensivos adultos (30), neonatos (40) y pediatría (34), unidad de cuidados intermedios adultos (34), pediatría (34) y neonatos (24), cirugía oncológica (21), nefrología pediátrica (3), mastología (2), terapia ocupacional (3), quimioterapia (9) y neuropsicología (4), todos los servicios (47), los cuales posteriormente fueron subsanados teniendo en cuenta la resolución 3100 de 2019, debido a que la gran mayoría de los documentos se encontraban conforme a la antigua resolución 2003 de 2014.

El proyecto de gestión desarrollado en el área de aseguramiento de la calidad del Hospital Universitario San José de Popayán, permitió evidenciar que de los 19 servicios de consulta externa e internación a certificar por parte de la Secretaría de Salud Departamental, se logró la certificación de 10 servicios, los cuales se describen en la Tabla 3.

Tabla 3 Resultados de los servicios certificados del Hospital Universitario San José de Popayán.

N°	CÓDIGO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD	N° DISTINTIVO
1	105	Cuidado Intermedio Neonatal	Hospitalario	Media	DHSS0118509

2	106	Cuidado Intermedio Pediátrico	Hospitalario	Media	DHSS0118510
3	107	Cuidado Intermedio Adultos	Hospitalario	Media	DHSS0118511
4	108	Cuidado Intensivo Neonatal	Hospitalario	Alta	DHSS0118512
5	109	Cuidado Intensivo Pediátrico	Hospitalario	Alta	DHSS0118513
6	110	Cuidado Intensivo Adultos	Hospitalario	Alta	DHSS0118514
7	120	Cuidado Básico Neonatal	Hospitalario	Media	DHSS0118515
8	356	Otras consultas de Especialidad en mastología	Ambulatorio	Media	DHSS0118559
9	356	Pediátrica	Ambulatorio	Media	DHSS0118567
10	708	Terapia Ocupacional	Ambulatorio	Media	DHSS0322141

Nota. Elaboración Propia

Los resultados de la documentación con no cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios por servicios del Hospital Universitario San José de Popayán, se describen a continuación en la Tabla 4.

Tabla 4 Resultados de la documentación con no cumplimiento a la norma 3100 de 2019

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE LOS DOCUMENTOS AUDITADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN.		
SERVICIOS	FÓRMULA	INDICADOR
	Porcentaje de documentación con NO cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios / Total de documentos auditados en el estándar de procesos prioritarios X100	PORCENTAJE DE DOCUMENTACIÓN CON NO CUMPLIMIENTO A LA NORMA 310 DE 2019 EN EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS
Urgencias adultos	$18 / 29 \times 100$	62%
Urgencias pediatría	$16 / 28 \times 100$	57%
Urgencias ginecología	$10 / 28 \times 100$	36%
Farmacia	$4 / 14 \times 100$	29%
Internación adultos	$10 / 19 \times 100$	53%
Internación pediatría	$16 / 19 \times 100$	84%

Atención al parto	13 / 16 X 100	81%
Imágenes ionizantes y no ionizantes	4 / 10 X 100	40%
Unidad de cuidados intensivos adultos	15 / 30 X 100	50%
Unidad de cuidados intensivos neonatal	18 / 40 X 100	45%
Unidad de cuidados intensivos pediatría	19 / 34 X 100	56%
Unidad de cuidados intermedios adultos	17 / 34 X 100	50%
Unidad de cuidados intermedios neonatos	12 / 24 X 100	50%
Unidad de cuidados intermedios pediatría	18 / 34 X 100	53%
Cirugía oncológica	15 / 21 X 100	71%

Nefrología pediátrica	3 / 3 X 100	100%
Mastología	2 / 2 X 100	100%
Terapia ocupacional	3 / 3 X 100	100%
Quimioterapia	5 / 9 X 100	56%
Neuropsicología	4 / 4 X 100	100%
Todos los servicios	35 / 47 X 100	74%

Nota. Elaboración Propia

CONCLUSIONES

En el desarrollo de este proyecto permitió evidenciar que entre las principales barreras que llegan afectar la certificación de los servicios de salud del Hospital Universitario San José de Popayán, están ligadas a la no apropiación por parte del talento humano de la institución, debido a que, prevalece una resistencia a realizar los cambios sugerentes de la nueva resolución 3100 de 2019 para lograr la certificación, además, existe una inadecuada comunicación entre los colaboradores, ocasionando que se lleven a cabo los procesos de forma errónea. Ahora bien, el trabajo en equipo es fundamental para obtener los mejores resultados en cualquier contexto, sin embargo, en algunas ocasiones cada dependencia trabajaba de manera individual, lo que ocasionó que existieran algunas incongruencias durante el transcurso de la visita por parte de la Secretaría de Salud Departamental, no obstante, es de resaltar el empoderamiento y entrega de algunos colaboradores, los cuales siempre se encontraban disponibles para ayudar a resolver cualquier eventualidad que se presentará.

Con respecto a, los documentos auditados del estándar de procesos prioritarios, se puede concluir la importancia de la actualización de cada uno de los protocolos, manuales, guías de práctica clínica y procedimientos, dado que, a medida que transcurren los años va evolucionando la evidencia científica de donde se basaron para la creación de cada uno de los documentos, garantizando así un proceso de atención actualizado, adecuado e integral de los sujetos de cuidado.

El área de aseguramiento de la calidad, cuenta con colaboradores que poseen diversos perfiles profesionales, los cuales aportan desde su experiencia a este proceso de certificación. Es importante destacar la responsabilidad, compromiso y disciplina que caracteriza a este grupo de trabajadores en pro

de alcanzar los objetivos planteados, los cuales favorecen de forma positiva a la institución de salud a la cual pertenecen.

Finalmente, es imperante para el profesional de Enfermería, fomentar una cultura de comunicación, trabajo en equipo, liderazgo y autonomía, que permita así fortalecer a los trabajadores en aptitudes y actitudes, con el objetivo de generar un movimiento a gran magnitud, donde todos se vean involucrados en cada uno de los procesos, puesto que, todo funciona como un “engranaje” y es fundamental que se comprenda que de este tipo de trabajo se benefician absolutamente todos.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un proceso continuo e insistente en el cumplimiento de las socializaciones y adherencias en cada uno de los servicios, para lograr obtener de forma oportuna la información, que será de gran ayuda para poder identificar las oportunidades de mejora.

Se sugiere fortalecer la comunicación y el trabajo en equipo en pro de conseguir mejores resultados que los obtenidos, debido a que, la institución cuenta con profesionales óptimos y capaces de lograr procesos que generen mayor impacto, tanto en los colaboradores, la institución prestadora de salud y los sujetos de cuidado.

Para la actualización de los documentos se recomienda realizarla en un periodo más corto, es decir, el Hospital Universitario San José de Popayán cuenta con un documento el cual avala la duración de dichos protocolos, guías de práctica clínica, manuales y procedimientos por un periodo de 10 años (Código OPL- PD 4, versión 10), no obstante, la Secretaría de Salud Departamental indica que se debe considerar un lapso de tiempo menor de 5 años, debido a

que la evidencia científica evoluciona con el tiempo y es imprescindible estar ligado a la misma, para evitar que se presenten eventos adversos u otras complicaciones por desactualización.

Es indispensable crear estrategias de educación que generen gran impacto en los colaboradores, donde se permita incentivar la necesidad de reforzar los conocimientos alrededor de la institución donde laboran, puesto que, se evidenció un bajo conocimiento y apropiación de la información suministrada y es indispensable que se conozca todo el proceso de consolidación como institución prestadora de salud.

REFERENCIAS

Hospital Universitario San José [HSJ]. (2023, 21 de enero). *Conozca nuestro hospital*.

<https://www.hospitalsanjose.gov.co/publicaciones/10/conozca-nuestro-hospital/>

Hospital Universitario San José [HSJ]. (2023, 21 de enero). *Nuestra misión es*.

<https://www.hospitalsanjose.gov.co/publicaciones/128/mision/>

Hospital Universitario San José [HSJ]. (2023, 21 de enero). *Nuestra visión es*.

<https://www.hospitalsanjose.gov.co/publicaciones/129/vision/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Seguridad Del Paciente y La Atención Segura. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002). *55ª. Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones*.

Anexos. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1->

[spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

ANEXOS

Anexo A Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
MESES				
ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
1 Definición del plan de trabajo, cronograma y metodología	<ul style="list-style-type: none"> Inicio de práctica formativa Definición del plan de trabajo Revisión preliminar de los documentos de los servicios a certificar. 			
2 Revisión de gestión documental		<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de los PARETOS por servicios del HUSJ de Popayán. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de los AGREE 	
3 Visita por parte de la SSD			<ul style="list-style-type: none"> Sustentación del componente transversal a la auditora de la SSD. 	
4 Sustentación de Proyecto				Sustentación del proyecto de gestión del cuidado de la salud

Anexo B Base de datos de los documentos auditados

A	B	C	D	E	F	G	H
	PROCEDIMIENTO DE EJECUCION REVISTA	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE TURNO	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OCTUBRE	ADHERENCIAS NOVIEMB	NO HAY ACTA	NO	NO
	PROCEDIMIENTO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PROCEDIMIENTO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	REVISAR (IMÁGENES)
	CONTROL DE LIQUIDOS	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	REVISAR (IMÁGENES)
	PLAN CUIDADOS DE ADMON DE MDTOS POR	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS VIA	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS VIA	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS IM	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS YO	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ADMON DE MDTOS VIA	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	INMOVILIZACIÓN DE PCTES	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	REVISAR (IMÁGENES)
	TOMA DE MUESTRAS DE CATETERISMO YESICAL	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE ESTUDIOS	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE TRIAGE	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PLANEACIÓN PARA EL DESCONGESTIÓN DE	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	CRITERIOS DE AMBIENTE DE TRANSICIÓN	DOC OK	CORREGÍ FECHA DE SOCIALIZACION	NO HAY DOCUMENTO DE ADHERENCIAS	OK	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	CRITERIOS PARA REFERIR USUARIOS A CONSULTA	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN OCTUBRE	PENDIENTE ADHERENCIA	OK	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	CRITERIOS DE PACIENTES PARA TRASLADO A SU	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	PENDIENTE ADHERENCIA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	CRITERIOS PARA CONSULTAS PRIORITARIAS	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	PENDIENTE ADHERENCIA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN EL PCTE AGITADO	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	GUÍA DE DE DX Y MANEJO TERAPEUTICO DE IDEACIÓN	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN OCTUBRE	PENDIENTE ADHERENCIAS	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	GUÍA DE DE DX Y MANEJO TERAPEUTICO DE	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PX DE ATENCIÓN DE PACTE EN URGENCIA	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PROTOCOLO DE MANEJO DE INTOXICACIONES	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PLAN HOSPITALARIO DE	DOC OK	SOCIALIZACION OK	NO APLICA	OK	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACION AL PACIENTE SOBRE RECOMENDACIONES	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN NOVIEMBRE	PENDIENTE ADHERENCIA DICIEMBRE	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PROTOCOLO DE DECLARACIÓN DE MUERTE	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	PENDIENTE ADHERENCIA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	EQUIPO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE	DOC OK	SOCIALIZACION OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	PLAN INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AISLAMIENTO DE	DOC OK	SOCIALIZACION OK	ADHERENCIAS OK	OK	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
	ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS	DOC OK	SOCIALIZACIÓN OK	ADHERENCIAS OK	OK	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS	DOC OK	PENDIENTE SOCIALIZACIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL

ÍTEM	LISTA DE ASISTENCIA	LISTA DE ADHERENCIAS
PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN REVISTA	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PROCEDIMIENTO DE INTERCONSULTA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROCEDIMIENTO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PROCEDIMIENTO RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	ACTUALIZADA	IMAGEN
CONTROL DE LIQUIDOS	ACTUALIZADA	IMAGEN
PLAN CUIDADOS DE	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS POR	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS VIA ENDOVENOSA	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS VIA INTRARECTAL	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS IM	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS VO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ADMON DE MDTOS VIA	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
INMOVILIZACIÓN DE	ACTUALIZADA	IMAGEN
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
CATETERISMO VESICAL	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PLANEACIÓN PARA EL DESCONGESTIÓN DE	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
CRITERIOS DE AMBIENTE DE TRANSICIÓN	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
CRITERIOS PARA REFERIR USUARIOS A	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
CRITERIOS DE PACIENTES PARA TRASLADO A SU	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
CRITERIOS DE PARA CONSULTAS	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN EL PCTE	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
GUÍA DE DE DE DX Y MANEJO TERAPEUTICO DE IDEACIÓN O CONDUCTA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
GUÍA DE DE DE DX Y MANEJO TERAPEUTICO DE TRASTORNO DE	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PX DE ATENCIÓN DE PACTE EN URGENCIA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROTOCOLO DE MANEJO DE INTOXICACIONES	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROCEDIMIENTO PARA LA INFORMACION AL PACIENTE SOBRE	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROTOCOLO DE DECLARACIÓN DE	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
EQUIPO INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
PLAN INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
AISLAMIENTO DE	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS	NO HAY EXCELL	NO HAY EXCELL

ÍTEMS	DOCUMENTOS	SOCIALIZACIÓN	ADHERENCIAS	VALIDEZ DE DATO EN ACT.	LISTA DE ASISTENCIA	LISTA DE ADHERENCIAS
PROCESOS GENERALES DEL MEDICAMENTOS DE CONTROL	OK (MANUAL)	NO	NO	NO	NO	NO
CONDICIONES AMBIENTALES DE TEMPERATURA	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	NO	NO	NO	NO
INFORMACIÓN DE LOS	OK (MANUAL)	NO	NO	NO	NO	NO
DISPENSACIÓN Y DEVOLUCIONES FARMACÉUTICA	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DE ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE CONDICIONES AMBIENTALES	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCION INTRAHOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DE RECEPCION DE MEDICAMENTOS	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DE SELECCION RECECCION ALMACENAMIENTO DISTRIBUCION	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO DISTRIBUCION INTERNA DE MEDICAMENTOS	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO INFORMACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA Y EL PERSONAL	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTO SELECCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS	OK	NO	NO	NO	NO	NO
PROCEDIMIENTOS ATENCION FARMACEUTICO	OK	NO	NO	NO	NO	NO

ÍTEMS	DOCUMENTO	LISTA DE ASISTENCIA	LISTA DE ADHERENCIAS
PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DE ESTUDIOS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS (OK	ACTUALIZADA	IMAGEN
MANUAL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA RADIACIONES IONIZANTES Y MANUAL DE RADIOPROTECCION	OK	NO	NO
PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (1)	OK	NO	NO
CONTROL DE CALIDAD DEL EQUIPO GENERADOR DE RADIACION IONIZANTE, QUE INCLUYE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS	OK	OK	NO
PROCEDIMIENTO CUANDO SE ADMINISTRE MEDIO DE CONTRASTE	OK	OK	IMAGEN

ÍTEMS	DOCUMENTOS	SOCIALIZACIÓN	LISTA DE ASISTENCIA	LISTA DE ADHERENCIAS	CALIDAD DE DATOS EN ACTAS
CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO AL	ANEXO LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
RONDA MEDICA DIARIA DE EVOLUCION DEL	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
SOLICITUD DE INTERCONSULT	OK	NO	NO	NO	NO
ENTREGA DE TURNO DE	OK	NO	OK	OK	OK
ENTREGA DE TURNO DE	ANEXO LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
CONTROL DE LÍQUIDOS	OK	NO	OK	IMAGEN	OK
PLAN DE CUIDADOS DE ADMON DE HDTOS POR VO	ANEXO LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
ADMON DE HDTOS POR VO	OK	NO	OK	OK	OK
ADMINISTRACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
MEDICAMENTOS	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
MEDICAMENTOS	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
MEDICAMENTOS	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
MEDICAMENTOS	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
INMOVILIZACIÓN DE	OK	NO	OK	IMAGEN	OK
TOMA MUESTRAS	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
CATETERISMO VESICAL	OK	NO	OK	OK	OK
PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DE ESTUDIOS EN IMAGENES	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
AUTOCAUIDADO	ANEXO LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
REVISION CARRO DE	OK	NO	OK	REVISAR	OK
ACTIVIDADES DE	NO ENCUENTRO	NO	NO ENCUENTRO	IMAGEN	OK
VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NUTRICION	OK	NO	IMAGEN	NO	NO
MANEJO DE NUTRICION PARENTERAL	ANEXO LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	IMAGEN	NO	NO
VALORACION Y ESTUDIO DE TRASPLANTE CODIGO	OK	NO	REVISAR	NO	OK

ÍTEMS	DOCUMENTOS	SOCIALIZACIÓN	LISTA DE ASISTENCIA	LISTA DE ADHERENCIAS	CALIDAD DE DATOS EN ACTAS
CRITERIOS DE INGRESO Y	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
RONDA MEDICA DIARIA DE EVOLUCION DEL SOLICITUD DE INTERCONSULTAS	OK	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK
ENTREGA DE TURNO DE	OK	NO SE EVIDENCIA	NO SE EVIDENCIA	NO SE EVIDENCIA	NO SE EVIDENCIA
ENTREGA DE TURNO DE	OK	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA
ENTREGA DE TURNO DE	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK
CONTROL DE	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
PLAN DE CUIDADOS DE	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK
ADMION DE MDTOS POR VO	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS POR SONDAS	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS SUBCUTANEOS	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA INTRARECTAL	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
INMOVILIZACION DE PACIENTES	OK	NO	OK	ACTUALIZADA	OK
TOMA MUESTRAS LABORATORIO	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	OK	OK
CATETERISMO	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DE ESTUDIOS EN IMAGENES	OK	NO	NO SE EVIDENCIA	ACTUALIZADA	OK
AUTOCUIDADO	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK
PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION AL USUARIO	OK	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	NO MENCIONA EL ÍTEM EN LA ACTA
REVISION CARRO DE PARO	OK	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK
ACTIVIDADES DE REHABILITACION	NO SE EVIDENCIA	NO	IMAGEN	IMAGEN	OK
VALORACION Y SEGUIMIENTO POR NUTRICION	OK	NO	IMAGEN	IMAGEN	NO SE EVIDENCIA
MANEJO DE NUTRICION	ANEXE LISTA DE VERIFICACIÓN	NO	NO SE EVIDENCIA	NO SE EVIDENCIA	NO SE EVIDENCIA
VALORACION Y ESTUDIO DE TRASPLANTE	OK	NO	ACTUALIZADA	ACTUALIZADA	OK

DOCUMENTOS	OBSERVACIONES
MUERTE ENCEFÁLICA	Ok
PROTOCOLO DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS	Ajuste lista de verificación
PROTOCOLO DE CODIGO BLANCO	Ok
TCE SEVERO	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO DERRAME DE MEDICAMENTOS	Anexe lista de verificación
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS	Ok
DOCUMENTO DEL PROCESO QUE ORIENTA LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Ok
REACCIONES ADVERSAS A LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS	Ok
RECOMENDACIONES DE EGRESO	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
REGISTRO ANTES, DURANTE, HASTA EL EGRESO	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
SUPERVISIÓN PROFESIONAL QUE REALIZA LA SEDACIÓN	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RESPIRATORIAS	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
MONITOREO DE SIGNOS VITALES	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
TIEMPO DE AYUNO	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
VÍA AÉREA	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
MANEJO DE EMERGENCIAS	
ANESTESIOLOGÍA SEDACIÓN	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos
SEDACIÓN	Anexe lista de verificación, alcance, responsables y equipos

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE EQUIPOS CRÍTICOS EN LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES	Anexe en lista de verificación
PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE USUARIOS CON REMISION COMENTADA	Anexe en lista de verificación
NO REUSO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	Ok
CONTROLES DE CALIDAD ESTERILIZACION	Ok
INTEGRIDAD MATERIAL ESTERIL	Anexe en lista de verificación
ALMACENAMIENTO	Anexe en lista de verificación
ESTERILIAZACION	Anexe en lista de verificación
ETIQUETADO	Anexe en lista de verificación
EMPAQUE	Anexe en lista de verificación
LAVADO, SECADO Y LUBRICACION	Anexe en lista de verificación
TRANSPORTE	Anexe en lista de verificación
PRODUCTOS CONTAMINADOS Y MATERIAL ESTERIL	Anexe en lista de verificación
BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	Anexe en lista de verificación
Procedimiento para el Manejo de Aire Medicinal Producido en Sitio por Compresor por Fuera de Especificaciones	Anexe en lista de verificación
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE EQUIPOS CRITICOS EN LA CENTRAL DE GASES MEDICINALES	Anexe en lista de verificación
BIOSEGURIDAD	Anexe en lista de verificación
FLEBITIS	Anexe en lista de verificación
ANIMACION CARDIO-CEREBRO-PULMONAR	Ok
MANUAL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA RADIACIONES IONIZANTES Y MANUAL DE RADIOPROTECCION	Ok
PROCEDIMIENTO PARA ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD	Anexe en lista de verificación
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	Anexe en lista de verificación

ULCERAS POR PRESIÓN	Ok
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE HEMOVIGILANCIA (1)	Ok
GUIA DE REACCION INMEDIATA ANTE LA OCURRENCIA DE CAIDAS INSTITUCIONALES	Anexe en lista de verificación
SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO	Anexe en lista de verificación
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Anexe en lista de verificación
EVENTOS ADVERSOS,INCIDENTES Y FALLAS	Anexe en lista de verificación
PROTOCOLO HIGIENE DE MANOS	Ok
PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y DETERMINACION DEL RIESGO	Anexe en lista de verificación

Anexo C Base de datos del indicador evaluado

SERVICIO	FORMULA	NUMERADOR	DENOMIDADOR	INDICADOR	META
	Porcentaje de documentación con NO cumplimiento a la norma 3100 de 2019 en el estándar de procesos prioritarios / Total de documentos auditados en el estándar de procesos prioritarios X100			PORCENTAJE DE DOCUMENTACIÓN CON NO CUMPLIMIENTO A LA NORMA 310 DE 2019 EN EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS	100%
URGENCIAS ADULTOS		18	29	62%	
URGENCIAS GINECOLÓGICAS		10	28	36%	
URGENCIAS PEDIATRÍA		16	28	57%	
FARMACIA		4	14	29%	
IMÁGENES		4	10	40%	
INTENSIVO ADULTOS		15	30	50%	
INTERMEDIO ADULTOS		17	34	50%	
INTERNACIÓN ADULTOS		10	19	53%	
INTERNACIÓN PEDIATRÍA		16	19	84%	
INTERMEDIO PEDIÁTRICO		18	34	53%	
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA		3	3	100%	
INTENSIVO PEDIÁTRICO		19	34	56%	
INTERMEDIO NEONATAL		12	24	50%	
TERAPIA OCUPACIONAL		3	3	100%	
QUIMIOTERAPIA		5	9	56%	
NEUROPSICOLOGÍA		4	4	100%	
MASTOLOGÍA		2	2	100%	
CIRUGÍA ONCOLÓGICA		15	21	71%	
ATENCIÓN AL PARTO		13	16	81%	
TODOS LOS SERVICIOS		35	47	74%	
INTENSIVO NEONATAL		18	40	45%	

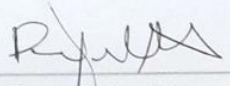
Anexo D Certificación de los Servicios del Hospital San José

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

AGRADECE EL COMPROMISO Y EL
APOYO DE:

Yineth Alejandra Mage Ordoñez

*En lograr la Certificación de los Servicios del
Hospital San José.*


Paola Andrea Vega
Coordinadora Aseguramiento
Calidad



Confianza y valor para su vida


Cesar Edmundo Sarria Porras
Gerente Hospital Universitario San José
E.S.E

Anexo E Registro gráfico del grupo de trabajo



