

E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA Nit: 891401308-7 INFORMES DE AUDITORIAS	Versión: 0		
	Código:		
	Página 1 de 4		
	Fecha: Septiembre - 2022		

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Proceso(s) Auditado(s): SOGC Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Informe No. 06/2022		
	Fecha:	21	09

1. INFORMACIÓN GENERAL

Auditoria No.	06/2023	Fecha de inicio	DD	MM	AAAA	Fecha de cierre	DD	MM	AAAA
			05	09	2023		18	09	2023

2. OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

OBJETIVO
 Cumplimiento ante el Ministerio de la Protección Social del SOGC Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de acuerdo a la normatividad vigente:

- Resolución 3100/19
- Resolución 3678/14
- Resolución 0256/16
- Resolución 5095/18
- Decreto 780 de 2016
- Circular 012 de 2016

ALCANCE

- Evaluar el avance en el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la nueva resolución 3100/19
- Evaluar el avance en el cumplimiento de los estándares de acreditación de acuerdo a la nueva Resolución 5095/18
- Evaluar el avance en el cumplimiento de los requerimientos en sistemas de información de acuerdo a la resolución 0256/16

3. METODOLOGÍA Y RESOLUCIONES

METODOLOGÍA:
 Las técnicas utilizadas para el cumplimiento del objetivo fueron las siguientes:

- Entrevista Personal con el dueño del procedimiento del SOGC, Asesora de Calidad. (Aplicación de lista de chequeo)
- Observación de los informes de calidad suministrados y presentados a los organismos de control y vigilancia. (Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaría de Salud del Risaralda, EPS contratantes, entre otros)

- Observación de la información y documentación existente en la ESE sobre los avances en materia de calidad

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS (Detallados):

- Verificar el cumplimiento de la entrega de los informes de calidad requeridos por los diferentes entes de control de acuerdo en los plazos y condiciones establecidas en la normatividad vigente en la materia.
- Verificar el desarrollo y/o avance de los 4 elementos que conforman el SOGC como son: habilitación, Pamec, Acreditación y Sistemas de Información.

No.	CONCLUSIÓN (HALLAZGOS) Informe No.06/2023
1	<ul style="list-style-type: none">• Se puede observar la continuidad que se da en el cumplimiento y desarrollo grado de los elementos del SOGC y la presentación de manera oportuna de los diferentes informes que se requieren anuales, trimestrales y mensuales.• Se evidencia el cumplimiento y desarrollo del grado cumplimiento de los estándares de Habilitación en la ESE y se está en espera de la visita y de cumplir plan de acción para cumplimiento total de los mismos.• Se evidencia el cumplimiento y desarrollo del PAMEC en la ESE enfocado en Acreditación, con la ejecución permanente de los planes de mejora generados a partir de la priorización de las oportunidades de mejora realizada de acuerdo a la Autoevaluación. El PAMEC está planteado para el año 2022-2023.• Se evidencia un número de 75 ítems del cliente asistencial que están divididos en derechos de los pacientes; seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso; evaluación de necesidades al ingreso; planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención; salida y seguimiento; referencia y contra referencia y sedes integradas en red. Además de los siguientes estándares: Direccionamiento; gerencia: Talento Humano; ambiente físico; gestión de la tecnología; gerencia de la información y mejoramiento continuo de la calidad.• Se evidencia el cumplimiento en reporte de los requerimientos en sistemas de información (indicadores de calidad) de la Circular 012 de 2016 y de la resolución 1552 de 2014, así mismo la del Decreto 2193 de 2004 y la resolución 0256 de 2016.• Se evidencia asesoría, acompañamiento permanente y especializada por parte de la Asesora de Calidad en relación al SOGC, así como en la articulación con los otros sistemas de gestión implementados en la ESE, tal es el caso del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), y Modelo Integrado de Planeación Gestión (MIPG).• Se evidencia el reporte mensual de la resolución 0256/2016 a todas las EAPB con las cuales existe

contrato vigente por parte de la entidad. De manera trimestral se reporta información a la Superasitud

- Se evidenció la elaboración de presentaciones de power point, informativos del área de calidad, referentes a los temas como: de seguridad del paciente y reporte del evento adverso, socialización del plan del cronograma anual plan de capacitaciones, farmacovigilancia, tecno- vigilancia, reactivo-vigilancia; uso de dispositivos biomédicos según su riesgo; prácticas seguras; código rojo y código azul; parto normal; partograma; control prenatal; los diferentes temas se han difundido de forma presencial, en la cartelera de la institución; plataforma virtual de la institución. Ver cronograma capacitación 2023
- Se evidenció las capacitaciones en la plataforma virtual de la página web de la entidad dirigida a fortalecer los conocimientos en temas asistenciales y la cultura de la calidad en los funcionarios así: Inducción consentimiento informado, prevención de fuga; temas de Bioseguridad; elementos de protección personal; notificación de eventos adversos, entre otros temas.
- Acompañamiento al área de planeación y Gerencia en relación al seguimiento de los Planes de Acción.
- Elaboración de protocolos y manuales instituciones tales como: triage, interrupción voluntaria del embarazo; protocolo humanización; central de esterilización; limpieza y desinfección; mantenimiento d el planta física.

RECOMENDACIONES

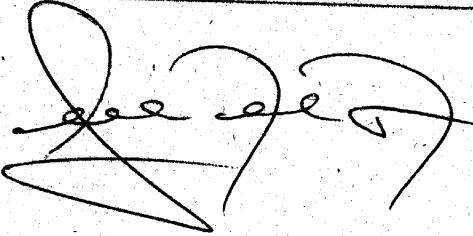
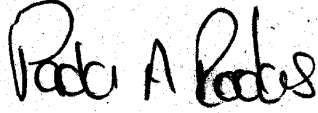
- Continuar con la implementación al cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la resolución 3100/19, para dar cumplimiento a los mismos en la visita de habilitación que está pendiente de realizar por parte de la SSR.
- Continuar con el fortalecimiento y realización del cronograma en relación en temas de la política de seguridad del paciente de la ESE.
- Continuar desarrollando rondas de seguridad más periódicas y sistemáticas en todas las áreas de la ESE para garantizar cumplimiento de estándares de calidad.
- Fortalecer y avanzar en la implementación y práctica diaria en todos los niveles de la organización de la política de humanización del servicio.

ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROPUESTAS

- Seguir apoyando por parte de la Gerencia y grupo directivo, la implementación del SOGC y el mejoramiento continuo con respecto a los procesos de habilitación, PAMEC y acreditación.
- Persistir en seguimientos permanentes al Sistema Único de Habilitación para sostener cumplimiento de

E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA Nit: 891401308-7 INFORMES DE AUDITORIAS	Versión: 0
	Código:
	Página 4 de 4
	Fecha: Septiembre - 2022

- los estándares de la normatividad vigente en la materia 3100/19
- Continuar con la implementación de los planes de mejora del Sistema Único de Acreditación para avanzar gradualmente en el cumplimiento de dichos estándares.
 - Generar estrategias conjuntas entre Gerencia y el Grupo de Calidad para mejorar los sistemas de información en la entidad (Sistema único de Información); como herramienta de gestión gerencial; indispensable en la toma de decisiones.

COORDINADOR AUDITORES		
NOMBRE	FIRMA	FECHA
JAMES ANTONIO TREJOS GUTIERREZ Asesor Control Interno		DD/MM/AAAA 21/09/2023
PAOLA ANDREA RODAS IBARRA Asesora de Calidad		

PROYECTÓ: JAMES ANTONIO TREJOS GUTIERREZ
PROYECTÓ: JAMES ANTONIO TREJOS GUTIERREZ