

**VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN UNA IPS CLÍNICA PEDIÁTRICA DE
SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD UBICADA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.**

AUTORES:

BIBIANA BOHORQUEZ

CAROLINA JIMENEZ BARRAGAN

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD

BOGOTA

2012

**VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN UNA IPS CLÍNICA PEDIÁTRICA
SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD UBICADA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD**

TUTOR:

DR. HENRY TRAZONA

MD, Epidemiólogo, Especialista. Auditoria y Garantía de Calidad en Salud

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD

BOGOTA

2012

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo, está dedicado:

A Dios por guiarme todos los días de mí vida
y por enseñarme que él nunca
me dará nada sin alguna razón.

A mis padres, hermanos, sobrinos,
que con su apoyo incondicional me han ayudado
a construir peldaño tras peldaño los proyectos de mi vida.

A mi esposo por su apoyo constante y ánimo
que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas,
tanto profesionales como personales.
Gracias a su comprensión, amor y paciencia alcancé
este gran Logro en mi vida.

A mis Docentes EAN por transmitirnos
su valioso conocimiento y todas sus experiencias
que tanto nos ayudaron en el desarrollo de este trabajo.

Finalmente a la universidad EAN
por generar los espacios propicios para mi
crecimiento profesional y personal.

CAROLINA JIMENEZ B.

AGRADECIMIENTOS

Antes que todo agradezco a Dios, por enseñarme a luchar en esta vida llena de adversidades, a conquistar las metas que me proponga hasta agotar los recursos que sean necesarios, por estar conmigo cuando he caído y motivarme a seguir adelante.

A mi madre por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí y mantenerme siempre en pie de lucha sin importar los obstáculos que se me cruzaran en el camino.

A mi novio, por los momentos compartidos y por sus palabras de aliento cuando era necesario, por ser la muralla china llena de fortaleza y de infinita alegría, dejando grabado en mi mente momentos de emoción que perduraron y fueron la catapulta en mis momentos de tristeza enseñándome que así como hay días sin brillo hay otros llenos de muchos colores.

A toda mi familia, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría y por grabar en mi mente muchos detalles llenos de felicidad, y el apoyo incondicional que me han dado a lo largo de mi vida sirviéndome de guía para luchar por mis metas y concluir una de las etapas de gran importancia en mi vida, ser una profesional.

A mis compañeros de estudio y directivas de Eusalud por ser pacientes conmigo, por ayudarme a seguir adelante y darme su apoyo, además de compartir las angustias y gratificaciones durante estos años de estudios.

BIBIANA BOHORQUEZ

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	10
2.	JUSTIFICACIÓN	12
3.	FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4.	OBJETIVO GENERAL	16
	4.1 Objetivos Específicos	16
5.	MARCO TEORICO	17
	5.1 MARCO LEGAL	17
	5.2 MARCO CONCEPTUAL	28
	5.3 MODIFICACIONES PRINCIPALES A LA RESOLUCION 1043 de 2006	33
	5.3.1 DEFINICION DEL MARCO CONCEPTUAL	34
	5.3.2 PASOS PARA LA REVISIÓN	35
	5.3.3. PRINCIPALES CAMBIOS EN LOS SERVICIOS	36
	5.3.4 PRINCIPALES CAMBIOS EN LOS ESTÁNDARES	37
	5.4 MANUAL DE VERIFICACIÓN	40
	5.5 MARCO CONTEXTUAL	42
	5.6 MARCO SITUACIONAL	44
	5.7 RESEÑA DE LA ENTIDAD	45
6.	DISEÑO METODOLOGICO	47
7.	TIPO DE ESTUDIO	52
	7.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
	7.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	52
	7.3 INSTRUMENTOS	53
	7.4 TÉCNICA	53
	7.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACION	53
8.	RESULTADOS	61
	8.1 RESULTADOS ESPERADOS	61
	8.2 SERVICIOS AUDITADOS	62
	8.3 SERVICIO DE URGENCIAS	63
	Programa de auditoria	63
	Plan de Auditoria	64
	Notificación de la auditoria	65
	Reunión de apertura	65
	Lista de chequeo	66
	Reunión de cierre	73
	Informe general	74
	8.4 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	75

Plan de Auditoria	75
Notificación de la auditoria	76
Lista de chequeo	77
Reunión de cierre	84
Informe general	85
8.5 SERVICIO DE FARMACIA	86
Plan de Auditoria	86
Notificación de la auditoria	87
Reunión de apertura	87
Lista de chequeo	88
Reunión de cierre	94
Informe general	95
8.6 SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	96
Plan de Auditoria	96
Notificación de la auditoria	97
Lista de chequeo	98
Reunión de cierre	104
Informe general	105
Informe de seguimiento	105
8.7 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS	106
Plan de Auditoria	106
Notificación de la auditoria	107
Reunión de apertura	107
Lista de chequeo	108
Reunión de cierre	113
Informe general	113
Informe de seguimiento	114
8.8 SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	115
Plan de Auditoria	115
Notificación de la auditoria	116
Reunión de apertura	116
Lista de chequeo	117
Reunión de cierre	121
Informe general	122
Informe de seguimiento	122
8.9 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA.....	123
Plan de Auditoria	123
Notificación de la auditoria	124
Reunión de apertura	124

	Lista de chequeo	125
	Reunión de cierre	132
	Informe general	132
	8.10 SERVICIO DE LACTARIO	133
	Plan de auditoria.....	133
	Notificación de la auditoria	133
	Reunión de apertura.....	134
	Lista de chequeo	134
	Reunión de cierre	139
	Informe general	140
9.	CONCLUSIONES	141
10.	BIBLIOGRAFIA	143

RESUMEN

Con el presente trabajo se buscó evaluar, verificar y mantener el cumplimiento de los estándares de Habilitación de acuerdo a la Normatividad Sanitaria Vigente de la IPS de una Clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, mediante herramientas que permitan la realización de auditorías internas que garanticen la calidad en la atención de forma eficiente, eficaz y segura. De igual manera, se pretende hacer la revisión de los procesos de la Clínica, con el fin de detectar las debilidades y falencias, y así lograr diseñar e implementar un plan de mejoramiento que permita establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente.

La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de Complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, evaluada en esta Investigación, es una Institución Prestadora Servicios de Salud privada fundada por el Dr. Crisanto Montagut y sus hijos, en octubre de 1997. Primero atendió a los pacientes del Instituto de Seguro Social y luego fue ampliando su portafolio de servicios a las Entidades Promotoras de Salud: Cafam, Saludcoop, Famisanar, Salud Total, Humana Vivir y a otras treinta instituciones.

La IPS en mención presta los servicios Consulta Externa (atención programada), Urgencias (atención inmediata) y Hospitalización (tratamientos dentro de la clínica). En total, la IPS tiene 35 camas en la Clínica Pediátrica. Adicionalmente, la IPS cuenta con el apoyo diagnóstico de laboratorio clínico e imagenología, y apoyo terapéutico; Sin embargo, al realizar la verificación de los ocho estándares de la nueva propuesta de Habilitación, se evidenció incumplimientos normativos de infraestructura en los servicios de urgencias, hospitalización y el servicio farmacéutico, para lo cual se recomendó en enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes a cada uno de los servicios con los que cuenta la Institución, con el fin de garantizar Calidad en la prestación de servicios a los usuarios.

VERIFICATION REGULATORY STANDARDS OF HABILITATION IN THE PEDIATRIC CLINIC IPS OF SECOND LEVEL OF COMPLEXITY IN THE CITY BOGOTA D.C.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate, verify and maintain compliance with standards according to Regulations Enabling Health the pediatric clinic IPS of second level of complexity in the city Bogota D.C., with tools that allow to make internal audits to ensure quality care efficiently, effectively and safely. Similarly, we intend to review the clinical processes in order to detect weaknesses and shortcomings, and achieve design and implement an improvement plan to establish effective corrective actions to achieve the expected quality and satisfaction the client.

The clinic pediatric IPS of second level of complexity in the city Bogota D.C., evaluated in this study, is a Lending Institution Private Health Services founded by Dr. Crisanto Montagut and their children, in October 1997. First, patients attended were sent of Institute of Social Security and then extended its portfolio of services to Organizations Promoting Health: Cafam Saludcoop Famisanar, Total Health, Human Life and thirty other institutions.

The IPS provides the services Outpatient, emergency (immediate attention) and hospitalization (treatment within the clinic). In total, the IPS has 35 beds in the Pediatric Clinic. Additionally, this IPS has the supported clinical , laboratory, diagnostic imaging and therapeutic support, however, to conduct the new proposal verification of standars regulatory of Habilitation, it became clear regulatory failures in infrastructure emergency services, hospitalization and pharmaceutical service, for which it was recommended to focus all efforts to make adjustments to each of the services available to the institution, in order to ensure quality in service delivery to users.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en Colombia cuando se acude a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la expectativa que se tiene es tener acceso a procedimientos de las más alta calidad realizados por personal competente y altamente calificado, que pueda satisfacer las necesidades de cada paciente brindando atención oportuna, confiable, personalizada e integral, no obstante se presentan falencias originadas en gran parte al incumplimiento de las disposiciones de carácter estructural establecidas por la Normatividad Sanitaria Vigente, lo cual ha conllevado a incluir en un marco Legal instrumentos que orienten la generación de mecanismos de calidad en las Entidades prestadoras de Salud.

La calidad se ha fortalecido en el campo de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los pacientes como para las instituciones de salud generando un alto impacto en la prestación de los servicios y en la creación de estrategias que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos de las Instituciones.

Por lo anteriormente descrito, la reglamentación Colombiana establece que los hospitales y clínicas tienen el compromiso y la responsabilidad de brindar al paciente, a su familia y a la población en general servicios de salud oportunos y de óptima calidad, para lo cual las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud en Colombia deben cumplir con las pautas fundamentales para lograr el funcionamiento de un establecimiento de salud en donde se incluyan: un recurso humano competente, calificado y éticamente comprometido con la salud de los pacientes y con el servicio que se presta, con la infraestructura adecuada, tecnología que apoye el diagnóstico confiable del paciente y además permita brindar un tratamiento adecuado al paciente, entre otros criterios que favorezcan siempre a los pacientes en cuanto a un servicio eficiente, eficaz, seguro, oportuno y de Calidad.

El Sistema Único de Habilitación que está comprendido dentro de la Resolución 1043/2006, la cual da la pauta principal para el funcionamiento y establece las condiciones mínimas que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios. Este proceso es de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones de salud (Hospitales, Clínicas, Centros médicos, Laboratorios Clínicos), el cual establece las normas, lineamientos y procedimientos mediante los cuales se implementa, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de los requerimientos mínimos necesarios de capacidad tecnológica, científica, de infraestructura, capacidad técnico administrativa requeridos para prestar un servicio seguro que favorezca la oportunidad, el acceso y la salud de la población en general.

El proceso de Habilitación le implica a una Institución Prestadora de Servicios de Salud la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo en donde los procesos sean auditados, medibles y ajustables para cubrir varios ámbitos que puedan afectar de una manera u otra los servicios prestados, a fin de asegurar el cumplimiento de un servicio seguro, oportuno y asequible para los pacientes.

La Habilitación exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, favorece el trabajo en equipo y obliga hacer una evaluación interna de cada Institución de manera objetiva, con el fin de establecer planes de acción que incluyan medición de procesos y seguimiento con el objeto de trabajar en pro del mejoramiento continuo. Es por ello que luego de 6 años de la entrada en vigencia de la resolución 1043/2006 se propone nuevo modelo que garantice las condiciones para la prestación del servicio.

De acuerdo a lo anterior el presente documento muestra una serie de actividades que permiten realizar seguimiento a cada uno de los ocho estándares contemplados en el ajuste realizado a la resolución 1043/2006, normatividad que aún no se encuentra aprobada pero que da los lineamientos para una mayor exigencia en el cumplimiento de los requisitos.

Este trabajo de grado realiza la verificación de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación con el fin de verificar el cumplimiento de los mismos en los servicios que hacen parte de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.

La evaluación de la calidad ha sido abordada por diferentes enfoques en el área médica, los mismos que han permitido perfeccionar los métodos y técnicas para conocer, lo más objetivamente posible, la forma de validar este proceso.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia, evidencian el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones, de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad sobre las condiciones internas de operación de las mismas, con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia la Constitución en 1991, estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado”, aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

A partir de la Ley 100 de 1993, se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la prestación de servicios de salud. Estos cambios dieron lugar a la creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció El Sistema Único de Habilitación el cual reglamenta en la Resolución 1043 de 2006 las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Igualmente es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Por lo anteriormente expuesto, con el presente trabajo se busca evaluar, verificar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la Normatividad Vigente de una Clínica Pediátrica de la ciudad de Bogotá, mediante herramientas que permitan la realización de auditorías internas que garanticen la calidad en la atención de forma eficiente, eficaz y segura. De igual manera, se pretende hacer la revisión de los procesos de la Clínica, con el fin de detectar las debilidades y falencias, y así lograr diseñar e implementar un plan de mejoramiento que permita establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente.

En este sentido, este trabajo logrará la verificación de la nueva propuesta de estándares de habilitación en salud, la cual será fundamental en los procesos de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., para contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de sus servicios teniendo en cuenta lo establecido por el ente regulador y responsable de la verificación de los estándares de habilitación que ha definido el Ministerio de la Protección Social ; sin embargo, para ejecutar este trabajo se debe tener en cuenta que dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se encuentran tres niveles de auditoría: autocontrol, auditoría interna, auditoría externa, que operan para lograr el mejoramiento continuo de la calidad de la prestación del servicio de salud, aplicado para la detección de las causas de

incumplimiento de los estándares, por esta razón y partiendo de la problemática anteriormente expuesta se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿La Clínica Pediátrica de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá cumple con los estándares de Habilitación reglamentados en la Resolución 1043 de 2006 y con el proyecto que modifica dicha Resolución?

Con este trabajo se logrará la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación de La Clínica Pediátrica de segundo Nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá de acuerdo a la nueva propuesta del Ministerio de la protección Social, para así iniciar el proceso de mejoramiento necesario con miras a lograr la ejecución de acciones necesarias para dar cumplimiento a la Normatividad sanitaria vigente y a las exigencias establecidas por el Ministerio de la Protección Social, en donde reglamenta que toda Institución Prestadora de Servicios de Salud debe atravesar un proceso de Habilitación con fines del mejoramiento continuo y por ende de Calidad.

Una herramienta esencial para desarrollar el presente trabajo es el conocimiento y manejo del manual de estándares de Habilitación de establecimientos de salud, el cual contiene un conjunto de requisitos que han sido diseñados mediante la metodología de “estándares” que se definen como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una Institución y determinan el nivel de exigencia para cada área a evaluar, garantizando así, la salud y seguridad pública, cuyo propósito es dar a conocer el procedimiento del proceso de Habilitación en los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional.

El proceso de habilitación evalúa los establecimientos de salud, bajo la perspectiva de ser requisitos “mínimos exigidos, alcanzables y de estricto cumplimiento” y poder operar como establecimiento de salud que garantice la continuidad de la calidad de la prestación del servicio.

El sistema único de habilitación con la nueva propuesta reglamenta ocho estándares de calidad que fueron revisados por profesionales de la salud calificados en la Clínica Pediátrica de Segundo nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá, mediante la aplicación de instrumentos diseñados para ejecutar inspección y verificación del cumplimiento de los estándares.

Además garantiza que se desarrollen acciones encaminadas a evitar, prevenir y resolver oportunamente situaciones que puedan impactar de manera negativa el bienestar de clientes y empleados de la entidad, con los menores riesgos; sin embargo, la forma como hasta ahora se ha brindado la atención médica muestra una tendencia dirigida exclusivamente a los beneficios directos que recibe el paciente al momento de ser atendido, olvidando tener

en cuenta otros procesos que involucran la prestación del servicio.

El marco de entrada de cualquier prestador de servicios de salud al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGCS), es el Sistema Único de Habilitación que se establece en la Resolución 1043 de 2006 y las normas que la han modificado. Esto exige el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, de suficiencia patrimonial, financiera y de capacidad técnico administrativa, que garanticen al paciente el mínimo riesgo durante la atención, bajo los lineamientos técnicos, definidos por el Ministerio de Protección Social, para el Sistema Único de Habilitación.

3. FORMULACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el presente trabajo busca mantener la continuidad del cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a los ajustes realizados a la resolución 1043 de 2006, teniendo en cuenta los ocho estándares de la nueva propuesta, lo anterior realizando seguimiento a los procesos que se encuentran establecidos en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., con el fin de garantizar la calidad en la atención de forma eficiente y eficaz; así mismo revisar los procesos detectando dificultades o incumplimientos para poder diseñar un plan de mejoramiento que permita lograr el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la normatividad.

El Sistema Único de Habilitación establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Los ajustes realizados a la resolución 1043 de 2006, contiene un conjunto de requisitos que han sido diseñados mediante la metodología de “estándares” que se definen como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización y determinan el nivel de exigencia para cada área a evaluar, garantizando así, la salud y seguridad pública. Los estándares planteados en la nueva propuesta de habilitación serán ocho uno menos con respecto a la norma actual.

El proceso de habilitación constituye un instrumento para evaluar los establecimientos de salud privados y públicos, bajo la perspectiva de ser requisitos “mínimos exigidos, alcanzables y de estricto cumplimiento” y poder operar como establecimiento de salud que garantice la continuidad de la calidad de la prestación del servicio. (Ministerio de Protección Social.

Los ajustes realizados a la Resolución reglamentan ocho estándares de calidad que se revisarán por profesionales de la salud debidamente capacitados, para lograr la verificación de los estándares teniendo en cuenta los cambios establecidos.

Debido a que la IPS a realizado cambios en los procesos se hace necesario realizar la verificación de los ocho estándares para verificar si la institución cumple con los nuevos requerimiento y de esta manera elaborar un diagnóstico de la situación actual.

A partir de esta problemática anteriormente explicada se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.,?

4. OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en cada uno de los servicios de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., teniendo en cuenta la nueva propuesta de habilitación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- del Ministerio de la Protección Social.

4.1 Objetivos Específicos

- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de urgencias de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de hospitalización de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio farmacéutico de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de imágenes diagnósticas de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio laboratorio clínico Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de toma de muestras de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de lactario en la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de consulta externa de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.

5. MARCO TEORICO

5.1 MARCO LEGAL

La estructura legal del presente proyecto fue el siguiente:

- **En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política**, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios.
- El nuevo modelo, a través de la **Ley 60 de 1993**, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.
- A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991.

El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

- En 1996, el Ministerio expidió el **Decreto 2174**, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

- **Decreto 2309 de 2002.** Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in HealthCare), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial. Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la **Resolución 1474 de 2002** como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC). Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone: “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus Criterios así:

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

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

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

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

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

En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilidadación.

Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del

régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002 se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

- **Resolución 1891 de 2003.** Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 001439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan algunos estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Resolución 9031 de 1990 del Ministerio de Salud** "Por la cual se dictan normas y se establecen procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de rayos X y otros emisores de radiaciones ionizantes y se dictan otras disposiciones".
- **Decreto 4747 Del 7 de Diciembre De 2007 Ministerio de la Protección Social:** Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Aplica para todos los prestadores de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios.

Artículo 5: uno de los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos y voluntades para la prestación de servicios son los indicadores de calidad en la prestación de los servicios definidos en el sistema de

información para la calidad del sistema obligatoria de garantía de la calidad de la atención en salud.

Artículo 6- Parágrafo 3-: La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006.

- **Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud.**

Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

- **Resolución 1446 de 2006** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitorización.

La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.
- **Decreto 1011 de 2006.** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Este decreto aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.SOGCS-. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto establece la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Debido a lo anterior las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

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

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Sistema Único de Habilitación. Es 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, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

El Sistema Único de Habilitación es un componente que claramente está dirigido a proteger al paciente de riesgos que se deriven de la prestación de servicios en condiciones inadecuadas, el artículo 6° del Decreto 1011 lo define 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, los cuales

buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB".

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
 - Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
 - Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
 - Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.
-
- **Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 Ministerio de la Protección Social:**

Resolución 1043 de 2006 "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones".

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, en cuanto a:

- Capacidad tecnológica y científica: son los estándares de estructura y de proceso que deben de cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, comprende recurso humano; infraestructura; instalaciones físicas y de mantenimiento; dotación –mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.

- Suficiencia Patrimonial y Financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo.

- Capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico administrativas:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo a su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permiten demostrar que la IPS cuenta con sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Resolución 2680 de 2007 "Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006".

Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, el Estándar 3: Dotación y Mantenimiento, los criterios 3.22 y 3.49 se repiten, correspondiendo ambos al Servicio de Consulta de Odontología General y Especializada, por lo cual se hace necesario eliminar el criterio 3.22 y aclarar el criterio 3.49.

Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, el Estándar 4: Medicamentos y Dispositivos Médicos - Gestión de Medicamentos, el criterio 4.9, por no ser pertinente se hace necesario eliminarlo.

Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, el Estándar 7: Interdependencia de Servicios, los criterios 7.7 y 7.14 se repiten, correspondiendo ambos al servicio de Hemodiálisis, por lo cual se hace necesario eliminar el criterio 7.7 y aclarar el criterio 7.14;

Resolución 3763 de 2007"Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007".

Adicionar el contenido del criterio correspondiente al Código 2.28, Servicio: Consulta Externa del estándar 2 "Instalaciones Físicas" que hace parte del anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, precisando los criterios de infraestructura física que debe tener el servicio de consulta externa cuando el servicio se preste en el centro de reconocimiento de conductores.

Modificar el criterio correspondiente al Código 3.7 Servicio: Cuidado Intermedio, Pediátrico y Adulto, Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto y Unidad de Quemados del Estándar 3 "Dotación y su Mantenimiento", de la Resolución 1043 de 2006 modificada parcialmente por la Resolución 2680 de 2007; precisando algunos elementos de dotación para el servicio mencionado.

Se realizaron ajustes a los criterios correspondientes a los Códigos 7.2; 7.3; 7.6; 7.10; 7.11; 7.12 y 7.14 del Estándar 7 "Interdependencia de Servicios" del anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, modificada parcialmente por la Resolución 2680 de 2007;

El anexo técnico 1 de la Resolución 1448 de 2006, Estándar 2 "Dotación y su Mantenimiento", criterio 2.6 es necesario eliminar la necesidad de luz ultravioleta para las cámaras digitales

- **Proyecto modificadorio de la Resolución 1043 de 2006**

Desaparece el estándar No. 9 (seguimiento a riesgos en la prestación del servicio), quedando inmerso en el estándar No. 5 Procesos prioritarios asistenciales.

Fortalecimiento de la seguridad del paciente.

Exigencia de un programa de capacitación al personal de los principales riesgos de la institución. Ampliación del estándar 4 (gestión de medicamentos y dispositivos médicos) a un concepto más amplio en cuanto al manejo de medicamentos, dispositivos médicos, productos biológicos, componentes anatómicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos x para uso humano.

El servicio de esterilización será evaluado en el momento de la visita por parte de las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud, pero NO serán servicios habilitables.

Se da un trato individual a los servicios de Salud Mental, Oncología y trasplantes.

Verificación previa inscripción para los servicios de urgencias, trasplante, cuidado intensivo, nefrología - diálisis renal, transporte especial de pacientes, Oncología y Medicina estética.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

MODELOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

En general los modelos de sistemas de salud se pueden clasificar por: fuente de financiación, cobertura y tipo de prestación, aunque siempre coexisten otras formas, en general se reconocen tres modelos de sistemas de salud:

a) **MODELO UNIVERSALISTA:** Características: Cobertura universal, financiamiento público a través de impuestos, provisión pública de servicios a través de hospitales y médicos asalariados, (caso de Gran Bretaña, Cuba, Canadá).

b) **MODELO DE SEGURO SOCIAL (SEGURIDAD SOCIAL O MIXTO):**

Características: Cobertura por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, vigilada por el estado; financiamiento público (para los pobres) a través de un seguro social, provisión de servicios públicos y privados o sólo privados, (es el caso de Alemania, Holanda, Francia, Argentina).

c) **MODELO PRIVADO:** Características: Cobertura restringida, financiamiento privado a través de prepagos, provisión privada de servicios privada (es el caso de EE.UU y actualmente las ISAPRES de Chile).

Los modelos de salud entonces presentan diferentes formas, una de las maneras de clasificarlos es mediante su financiamiento, su forma de prestación y las formas de pago a los prestadores, en la mayoría de los países hay una mezcla de financiamiento pago de prestación y tipo prestación.

Diferentes autores realizan clasificaciones para diferenciar los subsistemas basados en las fuentes de financiamientos prestación y formas de pago, por ejemplo, Evans considera dos tipos básicos de financiamiento: Público (obligatorio) y Privado (voluntario), además considera 4 formas de pago a prestadores

La filosofía de la CALIDAD aporta una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización e involucra a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente.

En la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral para Colombia, el cual está conformado por cuatro subsistemas que son: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios. El segundo libro establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual desarrollan fundamentos, determina funcionamientos, normas y control para su aplicación. Posteriormente se crea el Sistema Obligatorio Garantía de calidad.

Dentro del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad se encuentra el Sistema de Habilitación que plantea la exigencia de procesos internos de auditoría que garanticen la calidad dentro de las instituciones de salud.

En este trabajo se revisarán ocho estándares de habilitación los cuales están definidos como una forma de evaluación para garantizar la calidad de los servicios de salud aplicados a revisar sistemáticamente cada proceso según los servicios ofertados por la Clínica Pediátrica en el servicio de hospitalización y urgencias la cual ya cumple con el proceso de habilitación, pero sin embargo se revisó el debido cumplimiento para el mejoramiento continuo.

En 1993, con la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad mediante el Decreto 1011 de 2006, incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS.

En el sector salud se hace importante hablar del Sistema Único de Habilitación 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, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). (Ministerio de la protección social Decreto 1011 de 2006).

Por lo anterior el decreto 1011 de 2006 establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

El Ministerio de la Protección Social con respecto a las guías en medicina basada en la evidencia no da una guía como referente obligatoria porque cada institución es responsable de su elaboración y aplicación conforme a sus características propias.

Cuando se habla de Medicina Basada en la evidencia, precisamente se está haciendo referencia a la aplicación de conocimientos validados por la literatura científica y aplicada a la funcionalidad de las instituciones.

La implementación del artículo 20 del Decreto 1011 de 2006 que estableció: "Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o Instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento".

Dada la variabilidad en la formación del recurso humano a cargo de la verificación de los estándares de habilitación, el objeto del decreto 1011 de 2006 es establecer lineamientos básicos para formar verificadores con alta capacidad técnica para cumplir con la intencionalidad de los estándares de habilitación.

Desde hace tiempo los grandes teóricos de la calidad en salud han identificado el hecho de que en el concepto de calidad en salud está inmerso el balance costo-riesgo-beneficio, y este planteamiento se recoge en el Decreto 1011 artículo 2°, en el cual se define la calidad de la atención en salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios".

El Sistema Único de Habilidadación es un componente que claramente está dirigido a proteger al paciente de riesgos que se deriven de la prestación de servicios en condiciones inadecuadas, el artículo 6° del Decreto 1011 lo define 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, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB".

Aplica a los programas de capacitación y entrenamiento de verificadores que deseen ser avalados por el Ministerio de la Protección Social o por las Entidades territoriales, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 1011 de 2006.

Los verificadores tienen la formación necesaria para realizar las visitas a IPS del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y a las IPS de Salud Ocupacional del Sistema de Garantía de Calidad de Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

El sistema de habilitación, es un facilitador del incentivo legal para la calidad de la atención en salud, es un componente obligatorio del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta para autorizar la permanencia de los prestadores de servicios de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. (Secretaría distrital de salud, dirección de desarrollo de servicio)

La habilitación le permite a las clínicas y demás entidades prestadoras de salud, obtener un alto estándar en donde todos los factores son de igual importancia. Exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, fortalece el trabajo en equipo y obliga a mirar hacia adentro de las organizaciones de manera objetiva, establecer planes de acción con medición y seguimiento siempre buscando el mejoramiento continuo.

Los estándares que se documentaran son muy claros en las exigencias, cabe aclarar que por ser una institución de primer nivel, muchos de los ítems de cada estándar no aplicaran a nuestra organización por esta razón no se tendrán en cuenta.

Es importante aclarar que para realizar la verificación del cumplimiento de estándares se tendrán en cuenta los ajustes que actualmente se están realizando a la Resolución 1043 de 2006.

A continuación describen los ajustes en mención:

- Desaparece el estándar No. 9 (seguimiento a riesgos en la prestación del servicio), quedando inmerso en el estándar No. 5 Procesos prioritarios asistenciales.
- Fortalecimiento de la seguridad del paciente
- Exigencia de un programa de capacitación al personal de los principales riesgos de la institución.
- Ampliación del estándar 4 (gestión de medicamentos y dispositivos médicos) a un concepto más amplio en cuanto al manejo de medicamentos, dispositivos médicos, productos biológicos, componentes anatómicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos x para uso humano.
- El servicio de esterilización será evaluado en el momento de la visita por parte de las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud, pero NO serán servicios habilitables. Se da un trato individual a los servicios de Salud Mental, Oncología y trasplantes.
- Verificación previa inscripción para los servicios de urgencias, trasplante, cuidado intensivo, nefrología - diálisis renal, transporte especial de pacientes, Oncología y Medicina estética.

Desde su creación en el año 2002 a la fecha, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGCS- ha alcanzado varios logros como son:

La consolidación del sistema de habilitación que nos permite contar con 190.036 servicios habilitados de 41.561 prestadores, hecho que incide en un menor riesgo para la seguridad de los pacientes por el cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares por parte de estos prestadores.

La consolidación del sistema de información para la calidad que permite monitorear los diferentes dominios de la calidad en prestadores y pagadores para propiciar procesos de calidad basados en hechos y datos, que a su vez cuenta con:

Un observatorio de calidad que pone a disposición información sobre las mejores prácticas para el mejoramiento de la calidad, que entre otros le brinda al usuario la posibilidad de tomar decisiones informadas, con la información allí registrada.

Un primer informe nacional de calidad que presenta el estado del arte frente a los diferentes tipos de indicadores de servicios de salud.

Los resultados del estudio IBEAS de prevalencia de eventos adversos.

Un registro histórico de prestadores en el cual se declara el cumplimiento de los estándares de habilitación por parte de los prestadores constituyéndose en una herramienta interactiva al servicio de todos los actores del sistema, que reporta la capacidad instalada en Colombia.

La implantación del sistema de acreditación que al día de hoy cuenta con 19 instituciones acreditadas y 200 IPS públicas en preparación para la acreditación y con herramientas para fortalecer el componente de auditoría como un vehículo para el logro de niveles superiores de calidad desarrolladas durante este proceso.

Producto del proceso de implantación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus componentes, el Ministerio de la Protección Social generó dos modificaciones parciales de la Resolución 1043, a través de las Resoluciones 2680 y 3763 de 2007.

Los procesos de verificación de los requisitos de habilitación adelantados por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y las observaciones recibidas de los actores del sistema, evidencian que a pesar de las modificaciones parciales realizadas a la Resolución 1043 se hace necesaria una revisión y actualización de los estándares de habilitación, unido al hecho de la expedición de la Ley 1438 de 2011, que modificó algunos artículos de la Resolución 1043 de 2006, por lo que, en virtud de lo establecido en el artículo 56 del decreto 1011 de 2006 el Ministerio de la Protección Social se dio a la tarea de realizar el ajuste de los estándares de habilitación, los cuales se entregan en la presente resolución.

Ajustes Normativos

Para una mejor comprensión del manual a continuación se hace mención de los ajustes normativos realizados:

5.3 MODIFICACIONES PRINCIPALES A LA RESOLUCION 1043 de 2006

Se define que la Dirección Departamental o Distrital debe tener disponible en la página WEB el aplicativo WEB del Registro Especial de Prestadores – REPS del Ministerio de Protección Social.

Se definen las condiciones de inscripción, registro, autoevaluación y actualización de información utilizando los medios virtuales dispuestos por las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud.

Se retira la obligatoriedad de presentar durante la inscripción para la habilitación el programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC.

Se define visita previa a las nuevas Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y servicios de alta complejidad (Unidades de cuidado intensivo, trasplantes, nefrología diálisis renal, hospitalización grado alto de complejidad)

Se deja obligatoriedad de presentación de novedades de manera presencial solo para algunas novedades. Las demás se actualizarán en forma automática con el diligenciamiento en línea de la novedad y no requerirán la entrega personal por parte del prestador.

Se define que el proceso de administración de distintivos está a cargo de las Entidades Departamentales o Distritales de salud.

Se define que el incumplimiento de las condiciones de habilitación encontrado durante la verificación del prestador único de la región, que de lugar a cierre de servicios, obliga a las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, en conjunto con el prestador, a elaborar en forma inmediata, el plan que garantice la prestación de servicios en la zona y el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestador.

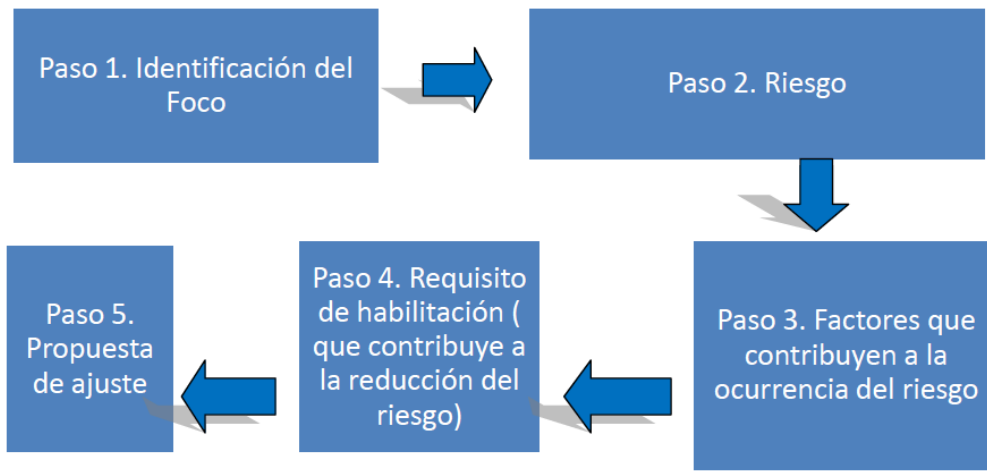
Se definen las transitoriedades de las especificaciones de la norma en cuanto a tiempos se refiere.

5.3.1 DEFINICION DEL MARCO CONCEPTUAL

Principio básico: El enfoque de riesgo delimita el punto en el cual desde la perspectiva de la política del sistema en la atención brindada, los beneficios superan a los riesgos.

Para la revisión de los estándares de Habilitación se propone establecer en forma clara que el enfoque sea como a continuación se propone.

Figura #1
MARCO CONCEPTUAL
DISEÑO O REVISIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN



5.3.2 PASOS PARA LA REVISIÓN

- Identificación del Foco: El foco entendido como los servicios que se utilizarán para la revisión, se propone establecer desde el principio el nivel máximo de desagregación.
- Identificación de los Riesgos según los focos. El **riesgo** se entiende como la probabilidad de que se genere un daño al paciente. Los riesgos pueden tener mayor o menor peso según el foco. Criterios para la definición de los riesgos:
 - No logro de los beneficios del sistema
 - Afectan la seguridad del Paciente o disminuyen sensiblemente los beneficios esperados de la atención en salud en el foco de acuerdo a las políticas de prestación de servicios
 - Aquellos que afectan la dignidad - es decir los relacionados con los Derechos de los Pacientes.
 - Definir las condiciones que controlan (que no se salga dentro de un rango establecido) la presentación del riesgo.
 - Definir el requisito de habilitación que contribuye a la reducción del riesgo.
 - Construcción final de la redacción de requisitos de habilitación en cada tema, de acuerdo a la priorización y factibilidad de implementación como estándares de habilitación exigibles a todas las instituciones.

5.3.3. PRINCIPALES CAMBIOS EN LOS SERVICIOS

- **Áreas que hacen parte de un servicio** como: salas ERA, salas de rehidratación, salas de yesos, salas de reanimación. Quedando sus criterios dentro del servicio correspondiente pero no como servicio habilitable.
- **Centros:** Partiendo de la definición que un centro es un prestador con connotación de IPS, y por lo que éstas IPS pueden habilitar sus servicios en forma individual quedan los servicios que la conforman; es el caso de centros de rehabilitación de centros de protección etc.
- **Agrupación de servicios:** Se agrupan los servicios por afinidad y características comunes como es el caso de Odontología y sus procedimientos ubicándolos en un solo grupo de exigencias quedando así:

Odontología como servicio dentro de Consulta externa con servicios habilitables como: Odontología general, atención preventiva de salud oral, higiene oral, toma e interpretación de radiologías odontológicas y las especialidades mas frecuentemente utilizadas en ese campo.

- **Se crean servicios:** Se crea el grupo de atención domiciliaria con servicios habilitables de atención en casa de paciente agudo, atención en casa de paciente crónico y consulta domiciliaria y se crea el grupo de atención institucional de paciente crónico con servicios habilitables de Atención institucional de paciente crónico sin ventilador , otro servicio de atención institucional de paciente crónico con ventilador.
- **Se amplía** el concepto de consulta externa medicina general para extender concepto a otras profesiones quedando servicio de consulta externa general.
- **Se realizan aclaraciones** de radiología de imágenes diagnósticas de mediana (TAC, RNM, y medios de contraste) y alta complejidad (Radiología intervencionista y Medicina Nuclear).
- Esterilización y alimentación obtienen fuerza en la interdependencia.
- Se dio un tratamiento individual a los Servicios de Salud Mental, Oncología y Trasplantes.
- Se unificó la Resolución 1315 de 2006, a los criterios de habilitación del Anexo técnico #1, para los Centros de Atención a la Drogadicción, quedando el servicio de Atención paciente con

adición a sustancias psicoactivas, donde se crearon criterios para atención ambulatoria e internación de baja y mediana complejidad.

- Se suprime la habilitación de centros de estética y se incluye el servicio de medicina estética para restringirlo a los procedimientos ambulatorios realizados por médicos generales con entrenamiento. Los servicios quirúrgicos seguirán siendo habilitados por cirugía plástica y estética.
- Se ajustan las definiciones de los procedimientos y de las áreas y ambientes (salas) para realizarlos.
- Se habilitan los servicios que constituyan los centros de rehabilitación (terapias, atención paciente crónico).
- Los servicios de salud que se presten en los centros de protección serán objeto de habilitación en empresas de objeto social diferente.
- En resumen, el número de servicios habilitables en el Registro Especial de Prestadores – REPS- en la norma vigente es de 196, en la norma propuesta es de 170

5.3.4 PRINCIPALES CAMBIOS EN LOS ESTÁNDARES

Las propuestas principales son:

Talento Humano Cambia su denominación en coherencia con la Ley 1164 de 2007.

Se realizó la revisión de exigencias de:

1. Especialidades que no existen en el país.
2. Ubicación de hojas de vida en todas las sedes.
3. Denominación de subespecialidades, debido a que no hay ésta denominación en el País.
4. Verificación de autenticidad de títulos por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud.
5. Certificaciones de auxiliares logradas antes del Decreto 3616 de 2005, serán aceptadas para laborar.
6. Se considera primariamente el número de formados para algunos requerimientos y se define su exclusión o no.
7. Especializaciones y estudios que no existen en el país.
8. Referencias a normas y exigencias que no sean directas del sector.

9. Se aumenta coordinación médica para ambulancias medicalizadas.
10. Se incluye la disponibilidad de Nefrólogo para atención de Unidades de diálisis.

Infraestructura e instalaciones físicas

Se realizó la revisión de exigencias de:

1. Las condiciones de obligatorio cumplimiento para otros sectores que no son objeto de habilitación, tales como: RETIE, Plan de emergencias y desastres, rutas de evacuación, reforzamiento sísmico, estudios de vulnerabilidad estructural, licencia de construcción aprobada para uso de salud (POT). En el presente anexo técnico se registran como herramienta para los prestadores.
2. Se separa cada exigencia dentro de un mismo criterio, para facilitar la revisión.
3. Se incluyen criterios para el servicio de diálisis peritoneal.
4. Se retiran palabras subjetivas, tales como : Adecuadas, suficiente
5. Se organizan requerimientos por ambientes y áreas unificando estas palabras dentro de todo el estándar.
6. Se aumentan criterios por áreas no descritas en la norma anterior pero necesaria por su existencia real tales como diálisis peritoneal

Dotación y mantenimiento

1. Se da claridad sobre la dotación exigida por paciente o por servicio según sea necesario,
2. Se retiran criterios repetidos y
3. Se aumentan criterios para sala de diálisis peritoneal

Medicamentos y dispositivos médicos:

1. Se amplía el concepto a Medicamentos, Dispositivos médicos, otros insumos y su gestión (Medicamentos productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de Rayos x para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega condicionen riesgos en la atención del paciente).
2. Se retiran repeticiones de criterios unificando exigencias.

Procesos prioritarios

Se fortalecen los aspectos de:

1. Seguridad del paciente
2. Exigencia de un programa de capacitación con conocimiento del personal de los principales riesgos de la institución, con una cobertura del 90% permanente.
3. Obligatoriedad de procedimientos protocolos o guías documentadas y divulgados específicos por servicio de acuerdo con el riesgo de la atención.
4. Se adiciona la exigencia de procesos para el Sistema de Información para la Calidad
5. Se direcciona el seguimiento a riesgos del Sistema Único de Habilitación, en términos de morbimortalidad, complicaciones de la enfermedad y eventos adversos, articulado con el Sistema de información para la calidad
6. Se exige gestión para identificar e intervenir la ocurrencia repetitiva de eventos adversos.

Historia clínica y registros asistenciales

1. Se precisa el concepto de consentimiento informado
2. Se hacen precisiones acerca de la gestión documental del evento adverso y la protección de la confidencialidad de la historia clínica del paciente. .

Interdependencia de servicios

1. Se fortalece la integralidad de la atención definiendo para cada servicio con enfoque de riesgo, las necesidades de interdependencia.
2. Se aumentan servicios reportados dentro del estándar para hacer explícita su interdependencia y exigir su integralidad.
3. Hay especificidad en Cuidado Intensivo, Hospitalización, Odontología, Urgencias, Nefrología, Salud Mental, Oncología, Trasplantes y Atención de paciente domiciliario e institucionalizado.

Referencia y contra referencia.

1. Se amplía el alcance a todas las circunstancias además de las urgencias
2. El estándar correspondiente a **Seguimiento a riesgos**, se fortalece al quedar incluido dentro del contenido del estándar de procesos prioritarios asistenciales orientándolo a resultados más allá de la presentación de manuales y protocolos y se unifica la información contenida en el tema de Sistemas de Información, para dejarlo en lo exigido en la resolución 1446 de 2006.

5.4 MANUAL DE VERIFICACIÓN

El manual es un instrumento que contiene aspectos complementarios y aclaratorios para los requisitos establecidos en el Manual Único de Estándares y de Verificación y tiene por objeto:

Orientar la verificación de las condiciones de habilitación.

Unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera y técnico administrativas.

Significado de los términos:

Esenciales. Implica que los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; Únicamente, incluyen aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

Garantizar el cumplimiento. Implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares y la eliminación de planes de cumplimiento. Si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado, permite la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está en inminente riesgo.

Defender y dar seguridad a los usuarios. Define el para qué, de las condiciones científicas y tecnológicas, y justifica su existencia al ligarlos a una de las funciones fundamentales del Estado en el sistema de salud. Deben ser efectivos; lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello que su ausencia, genere riesgos que atenten contra su vida y su salud.

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

Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el

mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente

ACREDITACION EN SALUD Es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las empresas de salud desarrollan un proceso continuo y sistemático de auto evaluación interna y externa que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas.

Estándar: Declaración que define las expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención

Explicación del orden de los estándares. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en los siguientes grupos.

1. **Talento humano.** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
2. **Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales, o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación y su mantenimiento.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. **Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión.** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro y elementos de rayos x para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
5. **Procesos prioritarios asistenciales** Es la existencia y socialización de documentos y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad del servicio.

6. **Historia Clínica y registros clínicos.** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
7. **Interdependencia de servicios.** Es la existencia y disponibilidad de los servicios ofrecidos por un prestador y el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes.
8. **Referencia de pacientes.** Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.

Proceso de mejora continúa

La Mejora de la Calidad es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora. Un proyecto de mejora de la calidad consiste en un problema (u oportunidad de mejora) que se define y para cuya resolución se establece un programa. Como todo programa, debe contar con unos recursos (materiales, humanos y de formación) y unos plazos de trabajo

5.5 MARCO CONTEXTUAL

La Clínica Pediátrica ubicada en la localidad de Kennedy en la ciudad de Bogotá, nace en principio de la idea en 1994 de realizar estudios sobre salud infantil en la capital, encontraron que la mayoría de las instituciones pediátricas generaba apatía hacia sus pequeños pacientes, creaban una resistencia contra los exámenes, cuidados y tratamientos médicos. Dos años más tarde, tras analizar los resultados del estudio y encontrar la zona ideal para la apertura de la Clínica, construyeron un edificio de tres pisos, teniendo en cuenta los gustos de los niños, las sugerencias de sus padres y las de los profesionales del ramo.

Los constructores siguieron paso a paso las recomendaciones y especializaron la construcción: colores alegres, espacios amplios y seguros, excelente iluminación. En julio de 1997, Clínica Pediátrica abrió sus puertas bajo las nuevas estrategias administrativas (el Outsourcing y el Benchmarking) e inició la divulgación de sus servicios.

Hoy, tras contratar servicios con varias Entidades Promotoras de Salud (EPS) y empresas privadas, han demostrado la excelencia del servicio. La clínica pediátrica es una institución

prestadora de servicios de salud. Primero atendió pacientes del instituto de seguro social y luego fue ampliando su portafolio de servicios a las entidades promotoras de salud: cafam, saludcoop, famisanar, humana Vivir y otras 30 instituciones.

La clínica se ubicó en el año 2002 en el occidente de la ciudad, en la localidad de Kennedy, en la IPS se presta los servicios de consulta externa (atención programada), urgencias (atención inmediata) y hospitalización (tratamientos dentro de la clínica). De igual forma cuenta con el apoyo diagnóstico de laboratorio clínico, imagenología y apoyo terapéutico.

En la clínica pediátrica Kennedy (ubicada en la avenida primero de mayo N° 42ª- 39 sur) se ofrecen servicios de hospitalización dotado de 5 pisos.



Dirección: Av. 1 de Mayo No. 42 a - 39 sur localidad: Kennedy

En el primero se cuenta con el área de urgencias y observación teniendo 5 camas, en el segundo 18 camas, el tercer piso de 11 camas y en el cuarto piso servicio de alimentos.

Este trabajo se realizara en la Clínica Pediátrica ubicada en la avenida primero de mayo allí se prestan servicios de segundo nivel de complejidad para menores entre 2 meses y 14 años, cuenta con servicios de urgencias y hospitalización pediátrica, sus instalaciones comprende una planta física de 5 pisos distribuidos de la siguiente forma:

PIMER PISO: urgencias, observación 5 camas pediátricas y reanimación.

SEGUNDO PISO: hospitalización con 18 camas pediátricas

TERCER PISO: hospitalización con 11 camas pediátricas

CUARTO PISO:, se encuentra el servicio de lactario y cocina.

QUINTO PISO: aéreas administrativas.

La Clínica Pediátrica se rige por la siguiente normatividad:

- El sistema de gestión de calidad esta instaurado de acuerdo a la norma técnica colombiana ISO 9001:2000 que especifica los requisitos para el sistema de gestión de la calidad, requisitos del cliente y la normatividad legal necesaria para demostrar su capacidad de proporcionar un producto (servicio) de calidad.

La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., tiene 3 procesos de caracterización:

- Proceso de atención al usuario
- Proceso de direccionamiento estratégico
- Proceso de soporte y ambiente físico

Es importante aclarar que los procesos a los cuales se realizara la auditoria para verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación según el proyecto modificadorio de la Resolución 1043 de 2006 son los siguientes:

- Servicio de urgencias
- Servicio farmacéutico
- Servicio de toma de muestras
- Servicio de laboratorio clínico
- Servicio de hospitalización pediátrica
- Servicio de Imágenes diagnosticas
- Servicio de ecografías
- Servicio de consulta externa pediátrica

5.6 MARCO SITUACIONAL

La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., es una entidad prestadora de salud (IPS), de segundo nivel de hospitalización y urgencias, correspondiente al sector privado, ubicada en la ciudad de Bogotá cuenta con los servicios de urgencias, hospitalización de primer nivel, laboratorio clínico, farmacia y consulta externa desde el año 2006 Habilitados. Así que se da cumplimiento a la Resolución 1043 en donde se determina que toda IPS deberá estar habilitada para su funcionamiento o de lo contrario deberá ser cerrada.

Adicionalmente, la Resolución 1043 del 2006 determina que cada cuatrienio se realizaran visitas de habilitación con el único fin de actualizar los procesos y determinar el buen funcionamiento de la IPS en la prestación de servicios de salud, buscando siempre la calidad en la atención al usuario; estos años se recibirá una nueva visita y se debe cumplir a cabalidad con la Resolución y sus reformas para la nueva habilitación de la clínica.

Nuestros clientes son: Los siguientes clientes son con los que se tienen convenios o contratos y se pacta una tasa de facturación entre ambos.

- SALUDCOOP EPS
- CAFESALUD EPS
- SALUD TOTAL EPS
- CRUZ BLANCA EPS
- FAMISANAR EPS
- COLSUBSIDIO
- CAFAM EPS

5.7 RESEÑA DE LA ENTIDAD

La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., es una Institución Prestadora Servicios de Salud privada fundada por el Dr. Crisanto Montagut y sus hijos, en octubre de 1997. Primero atendió a los pacientes del Instituto de Seguro Social y luego fue ampliando su portafolio de servicios a las Entidades Promotoras de Salud: Cafam, Saludcoop, Famisanar, Salud Total, Humana Vivir y a otras treinta instituciones.

En la IPS presta los servicios Consulta Externa (atención programada), Urgencias (atención inmediata) y Hospitalización (tratamientos dentro de la clínica). En total, la IPS de la Clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., tiene 35 camas en la Clínica Pediátrica.

De igual forma cuenta con el apoyo diagnóstico de laboratorio clínico e imagenología, y apoyo terapéutico.

En la sede Administrativa funcionan los procesos centralizados (Planeación Estratégica, Comercial y Mercadeo, Gestión de calidad, Admisiones, Servicio al Cliente, Gestión Humana, Compras y Suministros, gestión Financiera y Tecnología de la Información) los cuales tienen como objetivo común la aplicación de sus políticas, procedimientos, protocolos en todas las sedes.

MISION DE CLINICA PEDIATRICA

Atendemos exclusivamente a niños beneficiarios de la Seguridad Social, en los servicios de urgencias de baja complejidad y hospitalización básica.

Brindamos óptimos estándares de calidad y satisfacción.

VISION CLINICA PEDIATRICA

En el año 2012 prestaremos servicios pediátricos de alta complejidad, en los servicios de urgencias, hospitalización (Unidad de Cuidado Intensivo) y cirugía.

POLÍTICA DE CALIDAD

Prestamos servicios de salud seguros, que satisfagan las necesidades de nuestros clientes, con un grupo de colaboradores comprometido con los pacientes y su bienestar; cumplimos los requisitos legales aplicables al sector salud y mejoramos continuamente los procesos de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

OBJETIVOS DE CALIDAD

- Normalizar el funcionamiento de los procesos identificados en el sistema de gestión de calidad, mantenerlos y mejorarlos continuamente.
- Gestionar el 100% de los eventos adversos que se presenten.
- Mantener los resultados de la encuesta de satisfacción del cliente por encima del de 90%, a partir de muestras representativas.
- Lograr un cumplimiento mayor al 70% de los programas de capacitación definidos para los colaboradores de la IPS de la Clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.
- Mejorar la selección del personal y la satisfacción del cliente interno, con el fin de disminuir la rotación de personal a un 3%.
- Disminuir las objeciones radicadas por las aseguradoras a máximo un 10% y las glosas a la facturación a máximo el 3%.

6. DISEÑO METODOLOGICO

La metodología utilizada para la realización del presente trabajo de investigación es:

1. Revisión bibliográfica con respecto a requisitos mínimos de habilitación según el proyecto modificador de la resolución 1043.
2. Elaboración del instrumento para la verificación del cumplimiento de estándares, el cual fue elaborado por el doctor Henry Tarazona French.

 UNIVERSIDAD EAN				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR SERVICIO DE URGENCIAS				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

3. Revisión bibliográfica para la validación del instrumento. Cada servicio se evaluará utilizando el modelo ISO 19011, con los instrumentos diseñados y facilitados por el Dr. Henry Tarazona French. Se realizara auditoria con un plan el cual incluye:
 - a) Programa de auditoria,
 - b) Plan de auditoria,
 - c) Notificación de auditoria,
 - d) Reunión de apertura
 - e) Reunión de cierre

PROGRAMA DE AUDITORIA

Procesos: Aplica para todos los procesos de la IPS Eusalud Clinica Pediatrica		CRITERIOS: Propuesta ajustes resolucion 1043			
OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de los estandares de todos los servicios con la nueva propuesta de habilitación				
ALCANCE:	La verificación de los estandares se realizara en la tercera semana del mes de marzo a todos los procesos de la IPS				
LUGAR	IPS Clinica Pediatrica				
PROCESO	FECHA	AUDITORES	RECURSOS	TIEMPO EN HORAS	OBSERVACIONES
SERVICIO DE URGENCIAS	13/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
HOSPITALIZACION PEDIATRICA	14/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 3:00 pm	
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 12:00 m	
LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 5:00 pm	
SERVICIO FARMACEUTICO	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
NUTRICION Y DIETETICA	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
ULTRASONIDO	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
APROBACION GERENTE: Dr Luis Montagut					
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					
AUDITORES: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					
Dr Henry Tarazona French					

NOTIFICACION AUDITORIA


Proceso/Procedimiento:		Fecha:
Para:	De:	
Objetivos:		
Alcance:		
Participantes:		
Documentación necesaria:		
Auditor líder:	Auditores:	
Cordialmente:	Recibido:	
Dr Henry Tarazona French		

REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Urgencias		Fecha:
Participantes:		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Objetivos:		
Alcance:		
Revisión y Ajustes al Plan:		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos?		
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre:		
		Dr Henry Tarazona French

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento:	Fecha:
Objetivos:	
Alcance:	
Conformidades:	
No conformidades mayores:	
No conformidades menores:	
Conclusiones:	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento:	
AUDITOR LIDER AUDITORES :	RESPONSABLE DE PROCESO:
	Dr Henry Tarazona French

4. Análisis de la información recolectada a través del instrumento y de la observación.:
 Par la recolección de la información se hace necesario la elaboración del siguiente

instrumento el cual permite auditar cada uno de los estándares de acuerdo a la nueva propuesta de habilitación.

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR SERVICIO DE URGENCIAS				
NUMERAL	NOMBRE DEL ESTANDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

5. Elaboración de informe respecto a los hallazgos: Para la elaboración del informe con los hallazgos es necesario elaborar instrumento que permita evidenciar las no conformidades como también las conformidades encontradas. Instrumento que fue elaborado por el doctor Henry Tarazona French.

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento:	Fecha:
Objetivos:	
Alcance:	
Conformidades:	
No conformidades mayores:	
No conformidades menores:	
Conclusiones:	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento:	
AUDITOR LIDER AUDITORES :	RESPONSABLE DE PROCESO:
Dr Henry Tarazona French	

INFORME DE SEGUIMIENTO			
AUDITORIA No.	PROCESO / PROCEDIMIENTO:	FECHA REALIZACION AUDITORIA:	FECHA VERIFICACION A LA EFICACIA:
OBJETIVOS:			
ALCANCE:			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
Se Cierra ciclo de auditoria?			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
AUDITOR LIDER		RESPONSABLE DEL PROCESO	
AUDITORES			
Elaboro: Dr Henry Tarazona French			

6. Socialización de los resultados: Es importante aclarar que los resultados de la auditoria se socializan inmediatamente a todos los participantes en la reunión de cierre y posteriormente a la alta dirección en el siguiente formato.

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO:	FECHA AUDITORIA:	FECHA INFORME:
Objetivos:			
Alcance:			
Participantes:			
CONFORMIDADES			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
CONCLUSIONES			
AUDITOR LIDER:		AUDITORES:	
Elaboro: Dr Henry Tarazona French			

7. TIPO DE ESTUDIO

Hay diferentes tipos de estudios tales como exploratorios, correlacionados y descriptivos; este estudio se enfocó en un estudio exploratorio descriptivo para encontrar los datos de investigación. Los estudios descriptivos buscan definir las propiedades y describir las características y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis; el estudio descriptivo se relaciona con una serie de cuestiones y se mide la información sobre cada una de ellas para describir lo investigado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

Este estudio es descriptivo y de enfoque cuantitativo debido a que recolecta datos para comprender el fenómeno (Hernández, et al, 2003). El enfoque cualitativo no debe ser descartado debido a que se debe analizar los resultados de las listas de chequeo que se aplicarán.

7.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó el método de investigación de Hernández, (2003).

- No experimental, debido a que no se puede manipular las variables, Transaccional debido en un solo tiempo se va a realizar la recolección de los datos, Descriptivo debido a que se van a presentar los resultados obtenidos en la verificación del cumplimiento de la propuesta de los nuevos estándares en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.

7.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó una muestra no probabilística y de conveniencia debido a que no se utilizan procedimientos de selección por casualidad, sino que más bien dependen del juicio personal del investigador (Malhotra, 1997), en el caso de este trabajo se selecciona la IPS Clínica Pediátrica de segundo nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá..

En este estudio se tomó como referencia todos los servicios que se encuentran habilitados actualmente como son:

- Servicio de urgencias
- Servicio farmacéutico
- Servicio de toma de muestras
- Servicio de laboratorio clínico

- Servicio de hospitalización pediátrica
- Servicio de Imágenes diagnosticas
- Servicio de ecografías
- Servicio de consulta externa pediátrica

Se diseñó una lista de chequeo como método de estudio en esta investigación para obtener información de los servicios habilitados en la IPS. Para la realización de las lista de chequeo se aplicaran en todos los servicios de la IPS y se realiza auditoria al 100% de las hojas de vidas de los trabajadores, de hojas de vida de equipos y servicios en general.

El presente estudio se hizo con el debido consentimiento informado de la institución, respetando éticamente la confidencialidad de la información tanto de la institución como de los pacientes reportados en las historias clínicas.

7.3 INSTRUMENTOS

Uno de los Instrumentos usados para la recolección de la información es el anexo técnico No. 1 de la propuesta de la reforma. Anexo 1.

Para realizar la verificación del nuevo anexo técnico 1, se hace necesario la elaboración e implementación de las siguientes listas de chuqueo:

7.4 TÉCNICA

Los resultados del proceso de investigación se desarrollaran a partir de la aplicación del nuevo anexo técnico No. 1 y encuestas, a una nuestros funcionarios, población estadísticamente significativa, que cumplen con los requisitos que aseguren la homogeneidad de la muestra seccionada, los resultados posteriormente son tabulados y consolidados para revisar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación para la prestación del servicio.

7.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACION

Las variables que se manejan en el presente trabajo serán tenidas en cuenta en cada uno de los servicios que presta la IPS.

- Servicio de urgencias
- Servicio farmacéutico

- Servicio de toma de muestras
- Servicio de laboratorio clínico
- Servicio de hospitalización pediátrica
- Servicio de Imágenes diagnosticas
- Servicio de ecografías
- Servicio de consulta externa pediátrica

ESTANDAR	DEFINICIÓN	CÓMO SE EVALÚA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
1. Talento Humano	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.	*Revisar hojas de vida para verificar soportes necesarios mínimos exigidos. *Verificar que los servicios cuenten con todo el personal y también los servicios dependientes. *Verificar que la institución cuente con un proceso de selección y cuente con un sistema donde se garantiza la custodia de las hojas de vida.	*Cualitativa	*Lista de chequeo para revisar hojas de vida. *Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria.
2. Instalaciones físicas	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.	*Identificación e inspección de las áreas donde se presta el servicio verificando que cada una de ellas cuente con las especificaciones mínimas requeridas. *Evaluar condiciones de cada una de las áreas teniendo en cuenta pisos, paredes, techos y determinar su estado de conservación y condiciones de limpieza. *Verificar e indagar acerca del suministro de los servicios de energía, agua y comunicaciones. *Identificar desniveles o espacios vacíos que impliquen algún accidente.	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria.
3. Estándar de dotación y	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento	Solicitar inventario de equipos revisar hoja de vida del equipo. *Verificar: revisiones periódicas, calibración, indicaciones dadas por el fabricante.	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1

ESTANDAR	DEFINICIÓN	CÓMO SE EVALÚA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
mantenimiento	adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.	<p>*Verificar equipos con sus respectivos manuales según las muestras que tomen en el laboratorio clínico.</p> <p>Verificar instrumental y equipos necesarios para reanimación según el servicio prestado</p> <p>*Revisar equipo correspondiente a rayos x.</p> <p>*Revisar que los equipos emisores cuentan con la debida licencia.</p>		propuesta modificatoria.
4. Medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos	Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.	<p>*Verificar Que los medicamentos se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>*Verificar registro INVIMA y condiciones para poder administra los medicamentos de manera segura</p> <p>* Verificar condiciones de almacenamiento, temperatura humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>*Solicitar el kardex donde se encuentran todos los soportes de pedidos de insumos.</p> <p>*Verificar que todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA).</p> <p>*Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.</p>	*Cualitativa	** Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria.

ESTANDAR	DEFINICIÓN	CÓMO SE EVALÚA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
5. Procesos prioritarios asistenciales	Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento	*Solicitar guías clínicas de atención y protocolos de enfermería (de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio) *Verificar que las guías son conocidas por el personal asistencial. *Verificar Guías o manuales de procedimiento *Revisar si realizan los procedimientos descritos en las guías y protocolos. *Verificar que existan protocolos y manuales para la prestación adecuada del servicio de laboratorio *Revisión de guías y protocolos de Planes de emergencia hospitalaria. Cadena de llamadas *Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja que incluya los seguimientos del estado clínico. *Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja y de remisión a hospitalización.	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria. *Entrevista
6. Historias Clínicas y registros	Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es	VERIFICAR: *SI en los servicios se cuenta con el proceso de manejo de historias clínicas basadas en la normatividad vigente (Resolución 1995 de 1999).	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta

ESTANDAR	DEFINICIÓN	CÓMO SE EVALÚA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
asistenciales	técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).	<p>*SI las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.</p> <p>*En el área de radiología el registro de placas tomadas, pacientes atendidos y parámetros usados.</p> <p>*Si cuentan con el proceso de toma de muestras de laboratorio clínico garantizando su confidencialidad, verificar registro diario de pacientes, exámenes solicitados, resultado de exámenes realizados y exámenes remitidos.</p> <p>*Si cuentan con el proceso de Triage.</p>		modificatoria.
7. Inter_ dependencia de servicios	Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los	<p>VERIFICAR:</p> <p>*EI proceso de prestación de servicios de salud como IPS de baja complejidad.</p> <p>*EI proceso de esterilización y los registros de salida y entrada del material de esterilización.</p> <p>*EI proceso de interdependencias de servicios</p>	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria.

ESTANDAR	DEFINICIÓN	CÓMO SE EVALÚA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
	pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.			
8. Referencia y contra referencia de pacientes	Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.	VERIFICAR: *EI proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes en los servicios de baja complejidad de la Clínica Pediátrica. *SI están definidos los flujos de pacientes. *En el servicio de radiología el registro de remisión de pacientes en caso de emergencia.	*Cualitativa	* Lista de chequeo Anexo técnico No. 1 propuesta modificatoria.

7.6 Cronograma de actividades para el cumplimiento de la investigación

Cada estándar se evaluó en la tercera semana del mes de marzo de 2012 en los días 13 al 17 del mes de marzo.

Cada uno de los formatos implementados para la verificación de estándares incluyendo el cronograma de trabajo fueron elaborados y facilitados por el Dr. Henry Tarazona French.

Según cronograma de trabajo realizamos la verificación de cada uno de los estándares

PROGRAMA DE AUDITORIA					
Procesos: Aplica para todos los procesos de la IPS Eusalud Clínica Pediátrica			CRITERIOS: Propuesta ajustes resolución 1043		
OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de los estándares de todos los servicios con la nueva propuesta de habilitación				
ALCANCE:	La verificación de los estándares se realizara en la tercera semana del mes de marzo a todos los procesos de la IPS				
LUGAR	IPS Clínica Pediátrica				
PROCESO	FECHA	AUDITORES	RECURSOS	TIEMPO EN HORAS	OBSERVACIONES
SERVICIO DE URGENCIAS	13/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
HOSPITALIZACION PEDIATRICA	14/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 5:00 pm	
SERVICIO FARMACEUTICO	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
NUTRICION Y DIETETICA	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
ULTRASONIDO	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
APROBACION GERENTE: Dr Luis Montagut					
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					
AUDITORES: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., y lograr establecer planes de mejoramiento para el cumplimiento de las falencias encontradas.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de urgencias de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de laboratorio clínico de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de toma de muestras de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de imágenes diagnósticas de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio farmacéutico de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de ultrasonido de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de hospitalización pediátrica de la clínica pediátrica.

- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de consulta externa de la clínica pediátrica.
- Identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de lactario de la clínica pediátrica.
- Conocer y aplicar la normatividad sanitaria vigente que reglamenta a las IPS de segundo nivel de complejidad.
- Identificar claramente si la institución cumple con los requisitos establecidos por norma para la prestación del servicio.
- Contribuir a mejorar las debilidades y a afianzar las fortalezas de la Institución.

8.2 SERVICIOS AUDITADOS

Luego de realiza la aplicación del anexo técnico No.1 se evidencia que no aplica todos los numerales de la norma, por lo que a continuación se describen los que sí aplican a la IPS y bajo los cuales se analizara la información. Es importante tener en cuenta que los servicios en los cuales se aplicó el instrumento son los servicios que la IPS tiene habilitados como son:

- Urgencias
- Laboratorio clínico.
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Imágenes diagnósticas
- Farmacia
- Ultrasonido
- Hospitalización pediátrica de baja complejidad
- Lactario
- Consulta externa de pediatría

Para realizar el seguimiento de los estándares de habilitación se hace necesario realizar cronograma de auditoria, reunión de apertura, aplicación de lista de chequeo, cierre e informe de auditoría.

A continuación se relacionan todos los registros utilizados en cada uno de los servicios.

8.3 SERVICIO DE URGENCIAS

Programa de auditoria

PROGRAMA DE AUDITORIA					
Procesos: Aplica para todos los procesos de la IPS Eusalud Clinica Pediatrica			CRITERIOS: Propuesta ajustes resolucion 1043		
OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de los estandares de todos los servicios con la nueva propuesta de habilitación				
ALCANCE:	La verificación de los estandares se realizara en la tercera semana del mes de marzo a todos los procesos de la IPS				
LUGAR	IPS Clinica Pediatrica				
PROCESO	FECHA	AUDITORES	RECURSOS	TIEMPO EN HORAS	OBSERVACIONES
SERVICIO DE URGENCIAS	13/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
HOSPITALIZACION PEDIATRICA	14/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	8:00 am a 2:00 pm	
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 12:00 m	
LABORATORIO CLINICO	15/03/2013	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 5:00 pm	
SERVICIO FARMACEUTICO	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	16/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
NUTRICION Y DIETETICA	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	9:00 a 11:00 am	
ULTRASONIDO	17/03/2012	Carolina Jimenez / Bibiana Bohorquez	Humano / Listas de chequeo	2:00 a 4:00 pm	
APROBACION GERENTE: Dr Luis Montagut					
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					
AUDITORES: Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Plan de Auditoría

PLAN DE AUDITORÍA					
Proceso : Servicio de urgencias			CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación		
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de urgencias				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de urgencias) de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de urgencias Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Carolina Jiménez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	13/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio de urgencias / IPS en general	13/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Servicio de urgencias / Oficina Administrativa	13/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Servicio de urgencias / Servicio Farmacéutico	13/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Coordinador medico coordinadora de enfermería	11:00 a m / 12:15 m	Servicio de urgencias	13/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Servicio de urgencias	13/03/2012	
Estándar Interdependencia de Servicios	Carolina Jiménez / Coordinador medico	1:30 pm a 2:00 pm	Servicio de urgencias	13/03/2012	
Estándar Referencia y Contra referencia de Pacientes	Bibiana Bohórquez / Oscar Charry	1:30 pm a 2:00 pm	servicio de urgencias / Admisiones	13/03/2012	
AUDITOR LIDER: Carolina Jiménez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoría

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Urgencias	Fecha: 13/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio de urgencias	
Alcance: Aplica para el servicio de urgencias de la clínica pediátrica	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes.	
Auditor líder: Bibiana Bohórquez	Audidores: Carolina Jiménez
Cordialmente: Bibiana Bohórquez	Recibido: Javier Pinilla


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French


Reunión de apertura

REUNION DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Urgencias	Fecha: 13/03/2012	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Javier Pinilla	Coordinador Medico de Urgencias	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Karen Albarracín	Coordinadora de Enfermería	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Evelia Cruz	Regente de Farmacia	
Oscar Charly	Coordinador Admisiones	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de urgencias, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares.		
Alcance: Aplica para el servicio de urgencias de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión al plan por las partes interesadas y no se evidencian cambios		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorías previos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoría se realiza el 13 de marzo a las 2:30 pm		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO DE URGENCIAS				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Se verifica las hojas de vida del 100% de los colaboradores del servicio de urgencias
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se verifica hojas de vida, diplomas, actas de grado, carnet secretaria de salud
1.24	Médico general, entrenado en soporte vital básico Auxiliar en Enfermería, permanentes.	X		Se verifican las hojas de vida de los 5 médicos con los cuales cuenta el servicio de urgencias y todos cumplen con los soportes.

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA SERVICIO DE URGENCIAS				
NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Los servicios de Urgencias, Hospitalarios Quirúrgicos y/o Obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.	X		
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las instituciones donde se presten servicios de Internación, Obstetricia, Urgencias y recuperación Quirúrgica cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños de las anteriores áreas cuentan con: <u>Duchas o aspersores tipo ducha teléfono.</u>	X		Se verifica consultorio del servicio de urgencias, el área de reanimación y área de observación de urgencias
2.1	La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.	X		Se verifican los dos últimos recibos de pago de agua y luz
2.1	En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, servicios hospitalarios o de apoyo de imágenes diagnosticas y/o vacunación, cuenta con fuente de energía de emergencia.		X	No Se cuenta con fuente de energía de emergencia
2.1	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos: salas de cirugía, salas de partos, cubículos de UCI, consultorios odontológicos, laboratorios, servicio transfusional, terapia respiratoria, esterilización, preparación de medicamentos, depósitos de almacenamiento de residuos, los pisos deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.		X	Se observa desgaste de pintura en paredes y medias cañas del consultorio de reanimación. Se recomienda realizar seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de áreas, se evidencia incumplimiento de las fechas lo que puede conllevar a mantenimientos correctivos por incumplimiento a los mantenimientos preventivos.
2.1	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero. Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.	X		Se evidencia muble de superficies lisas
2.1	Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos (Biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes).	X		Se evidencia deposito de residuos hospitalarios}

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión. La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.	X		
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos.	X		Se recomienda realizar mantenimiento a las paredes del área de residuos hospitalarios se evidencia humedad
2.1	Cuenta con sistema de energía de emergencia		X	cuentan con planta eléctrica pero se encuentra en mantenimiento hace dos meses
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		Se observa desgaste en las medias cañas se recomienda realizar mantenimiento de las mismas
2.1	Los ascensores son camilleros	X		
2.1	cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia	X		Se recomienda mantener las canecas con tapa
2.1	Área exclusiva para el servicio de observación	X		
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características El acceso al servicio es independiente y exclusivo. Iluminación y ventilación natural y/o artificial. Unidad sanitaria. Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		
2.14	Área con puesto de control de enfermería, la localización permite la monitorización permanente de las camas de observación o cuenta con un sistema alternativo para la visualización de los pacientes. Ambiente exclusivo para trabajo limpio. Cuenta con ambiente exclusivo para trabajo sucio	X		
2.14	Ambiente para triage, con las siguientes características: Ambiente para valoración inicial del paciente. Disponibilidad de lavamanos Disponibilidad de oxígeno		X	No cuenta con lavamanos
2.14	Consultorios de urgencias con las siguientes características. Área para entrevista Área para examen Barrera física fija o móvil entre las áreas. Disponibilidad de oxígeno Lavamanos por consultorio.	X		
2.14	Sala de observación pediátrica con las siguientes características • Ambiente exclusivo, delimitado, señalizado. • Disponibilidad de oxígeno • Disponibilidad de vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador. • Área por cama con barrera física. (*) • Unidad sanitaria y ducha. (*) En el caso de cunas no se requiere barrera física	X		Se verifica el área de observación la cual se encuentra ubicada en el primer piso



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO
SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3,1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X		Se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipo biomédica, se verifica las hojas de vida de 5 de los equipos del servicio de urgencias.
3,1	El mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X		
3.21	En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica.	X		Se verifica la hoja de vida de la balanza pesa bebés y hoja de vida del equipo órganos de los sentidos
3.21	En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas	X		
3.21	Dotación para todo el servicio: Monitor de signos vitales, Aspirador de secreciones mediante succionador o toma de gas unida a red de sistema central con regulador de vacío. Material para inmovilización para adulto y pediátrico. Equipo de toracostomía. Disponibilidad de Oxígeno y Aire Medicinal	X		Se verifica hoja de vida del monitos de signos vitales que se encuentra en el área de observación.
3.21	El carro de paro debe contener: Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, pinzas maguill) cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños. Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea. Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas. Tubos endotraqueales de diferentes tamaños. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo. Fijadores de tubo endotraqueal. Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno. Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátrico. Máscara de no reinhalación con reservorio para adultos y pediátrico.	X		Se verifica el carro de paso del servicio de urgencias



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	La institución tiene registros que incluyen todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial. Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica.	X		Se verifica la recepción técnica realizara el 09 de marzo de 2012
4,1	La Institución tiene definidas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frio, distribución, devolución y descarte de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnostico in vitro, elementos de rayos x y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución, cuando aplique.	X		Se evidencia protocolo para la adquisición y almacenamiento de medicamentos e insumos
4,1	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reusó de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X		Se evidencian que cuentan con protocolo para el uso y reusó de dispositivos médicos establecido por la organización, pero no es socializado con el personal medico y paramédico.
4,1	Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reusó de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.	X		Protocolo de uso y reusó de dispositivos médicos



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES SERVICIO DE URGENCIAS

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		Se evidencia cronograma de capacitación para el personal del servicio de urgencias
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma	X		Se observa por cronograma que solo se ha capacitado al 70% del personal, se recomienda completar el programa
5,1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado	X		Se verifica consentimiento informado para la practica de procesamientos de enfermería y procedimientos médicos
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X		Se verifican las 10 primeras causas de consulta como: Enfermedad Diarreica Aguda, Asma, Neumonía, Enfermedad Respiratoria Aguda, Fiebre no específica
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		Se evidencia folleto informativo para prevenir y minimizar los posibles riesgos que se pueden presentar durante la consulta de urgencias
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Se evidencia manual de residuos hospitalarios
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Se evidencia procedimiento documentado TMH-G.92 y formato de reporte de eventos adversos, se realiza seguimiento en comité de eventos adversos
5,1	Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo los siguientes correctos: a. Usuario Correcto b. Medicamento Correcto c. Dosis Correcta d. Hora Correcta e. Vía Correcta	X		Se verifica guía para aplicación de medicamentos cuanta con los cinco correctos
5.2	Cuenta con protocolo de venopunción	X		El protocolo de venopuncion es el VE-P- 04
5.3	Cuenta con un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda médica diaria de evolución de pacientes Cuenta con guías, procedimientos o manuales para: Revisión del equipo de reanimación en cada turno. Solicitud de interconsultas. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina Reanimación Cardiocerebropulmonar. Control de líquidos. Plan de cuidados de enfermería. Administración de medicamentos. Inmovilización de pacientes. Venopunción. Toma de muestras de laboratorio. Cateterismo vesical. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	X		Se verifica el formato para la entrega del carro de paro y el desfibrilador
5.4	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares	X		Cuenta con guía para información de familiares y procedimiento para el ingreso de visitantes
5.11	Guías de manejo de patologías de Urgencia.	X		Se verifican las guías de las 10 principales causas de consulta
5.13	Las instituciones que ofrezcan servicio de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones nosocomiales específicamente en: a) Protocolo de lavado de manos explícitamente en los 5 momentos que son: 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje Después de contacto con el paciente 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). b) Protocolo de Venopunción para servicios hospitalarios y de urgencias y sitios donde se realicen este tipo de actividades con el fin de prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. c) Protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales, para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente. La prevención y reducción de caídas. Asegurar la correcta identificación del paciente	X		Se evidencia protocolo de lavado de manos (VE-P01) Protocolo de Venopunción (VE-P-04) Protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales (VE-P-05)



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		Cuenta con historia clínica sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		Se verifica historia clínica de la paciente Eliana Ramírez
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		Se evidencia protocolo de manejo y conservación de la historia clínica
6,1	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		Se evidencia protocolo de manejo y conservación de la historia clínica
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		Se auditan 10 historias clínicas del servicio de urgencias donde se identifican los consentimientos informados, se recomienda registrar la fecha en la que se diligencia el consentimiento informado
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió. cuando esté indicado.	X		Se cuenta con protocolo para el reporte y análisis de eventos adversos
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento	X		



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS
SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
7.1	Disponibilidad de: Servicio de Farmacia. Servicio de Radiología básica	X		cuenta con farmacia 24 horas, disponibilidad de imágenes diagnósticas en la noche y en el día de manera presencial
7.1	Cuenta con: Servicios del laboratorio clínico en baja complejidad Transporte especial de pacientes Esterilización	X		Servicio de laboratorio clínico 24 horas. Esterilización es contratada con proveedor (Fond Grupo)
7.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X		



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8,1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución	X		Cuentan con procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes
8,1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X		cuentan con contrato para el traslado de pacientes urgentes con Andiasistencia, el traslado de pacientes es responsabilidad de la EPS
8,1	Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia. Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo: Conducta adoptada Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento. Requerimientos de rehabilitación. Niveles de complejidad requeridos	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio de urgencias	Fecha: 13/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de urgencias.	
Alcance: Aplica para el servicio de urgencias	
Conformidades: Se identifica que el servicio de urgencias cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio.	
Se evidencia el cumplimiento del cronograma de capacitaciones para el personal del servicio.	
El servicio de urgencias cuenta con el equipo tecnológico necesario para la prestación del servicio	
No conformidades mayores: Se identifica que en el momento de la auditoria se incumple el numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio	
Se incumple con el estandar dos infraestructura se incumple el numeral 2.14 debido a que el area de Triage no cuenta con lavamanos.	
En auditoria realizada al servicio de urgencias se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de infraestructura por lo que se evidencia deterioro de algunas areas como el cauto de cadaveres y el area de	
No conformidades menores: En auditoria realizada se evidencia que cuentan con documento que especifica la reutilización de insumos médicos pero no es conocido por el personal medico y paramédico	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio de urgencias en terminos generales cumple con los requisitos minimos de habilitación, sin embargo es importante realizar mayor seguimiento al cronograma de mantenimiento y cronograma de capacitaciones	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 15 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohorquez / Carolina Jimenez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinador medico de urgencias

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE URGENCIAS	FECHA AUDITORIA: 13 Marzo 2012	FECHA INFORME: 14 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de urgencias.			
Alcance: Aplica para el servicio de urgencias			
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio de urgencias cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio.			
El servicio de urgencias cuenta con el equipo tecnológico necesario para la prestación del servicio			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de urgencias se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio (No esta en funcionamiento hace dos meses)	Solicitar Mantenimeinto inmediato de la planta electrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del snvicio en caso de urgencias.	Jefe Admnsitradora	17/03/2012
Se incumple con el estandar dos infraestructura se incumple el numeral 2.14 debido a que el area de Triage no cuenta con lavamanos.	Realizar la instalacion del lavamanos en el area de triage	Jefe Admnsitradora	17/03/2012
En auditoria realizada al servicio de urgencias se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de insfraestructura por lo que se evidneica deterioro de algunas areas como el cauto de cadaveres y el area de reanimación.	Realizar ajustes al cronograma de mantenimiento preventivo para lograr el cumplimiento del mismo y mejorar las areas	Jefe de Mantenimiento	30/03/2012
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada se evidencia que cuentan con documento que especifica la reutilización de insumos médicos pero no es conocido por el personal medico y paramédico	Capacitar al 100% del personal medico y paramedio en el protocolo de uso y reuso de dispositivos medicos	Coordinador Medico de Urgencias	30/03/2012
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de urgencias en terminos generales cumple con los requisitos minimos de habilitación, sin embargo es importante realizar mayor seguimiento al cronograma de mantenimiento y cronogmaa de capacitaciones			
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohorquez		AUDITORES: Carolina Jimenez	

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.4 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Plan de Auditoría

PLAN DE AUDITORÍA					
Proceso : Servicio de hospitalización		CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación			
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de hospitalización				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de hospitalización de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de hospitalización Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	14/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio de hospitalización / IPS en general	14/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Servicio de hospitalización / Oficina Administrativa	14/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Servicio de hospitalización / Servicio Farmacéutico	14/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Coordinador medico coordinadora de enfermería	11:00 a m / 12:15 m	Servicio de hospitalización	14/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Servicio de hospitalización	14/03/2012	
Estándar Interdependencia de Servicios	Carolina Jiménez / Coordinador medico	1:30 pm a 2:00 pm	Servicio de hospitalización	14/03/2012	
Estándar Referencia y Contra referencia de Pacientes	Bibiana Bohórquez / Oscar Charry	1:30 pm a 2:00 pm	Servicio de hospitalización / Admisiones	14/03/2012	
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoría

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Hospitalización	Fecha: 14/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio de hospitalización	
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización de la clínica pediátrica	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Coordinadora de enfermería Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes.	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Bibiana Bohórquez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido: Doctor Javier Pinilla


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Reunión de apertura

REUNION DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Hospitalización	Fecha: 14/03/2012	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Coordinadora de enfermería Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Javier Pinilla	Coordinador Medico de Urgencias	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Karen Albarracín	Coordinadora de Enfermería	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Evelia Cruz	Regente de Farmacia	
Oscar Charly	Coordinador Admisiones	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de hospitalización, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores) <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorías previos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoria se realiza el 14 de marzo a las 3:30 pm		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French


Lista de chequeo


				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO HOSPITALIZACION				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Se verifican 12 hojas de vida del personal de enfermería encontrando que cumplen con los requisitos exigidos
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se Verifican las 4 hojas de vida de las enfermeras jefes encontrando que cumplen con el perfil requerido por la IPS
1,3	Por cada especialidad ofrecida, debe haber un Médico especialista de disponibilidad quien será el responsable del paciente. El control hospitalario y la monitorización del paciente, puede ser realizado por Médico general permanente. Enfermera y Auxiliar en Enfermería permanentes.	X		Se verifica el recurso humano (médicos) con el listado de turnos de médicos

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA SERVICIO HOSPITALIZACION MEDIANA COMPLEJIDAD				
NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Los servicios de Urgencias, Hospitalarios Quirúrgicos y/o Obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.	X		El servicio es exclusivo
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las instituciones donde se presten servicios de Internación, Obstetricia, Urgencias y recuperación Quirúrgica cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños de las anteriores áreas cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión.	X		Se verifican las habitaciones del segundo y tercer piso verificando el cumplimiento de los baños con ducha teléfono ya que no se cuenta con área para el lavado de patos. El lavado de patos se realiza en los baños de las habitaciones
2.1	La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones. En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, servicios hospitalarios o de apoyo de imágenes diagnósticas y/o vacunación, cuenta con fuente de energía de emergencia.		X	No se cuenta con fuente de energía de emergencia la que actualmente existe se encuentra desactivada

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos: salas de cirugía, salas de partos, cubículos de UCI, consultorios odontológicos, laboratorios, servicio transfusional, terapia respiratoria, esterilización, preparación de medicamentos, depósitos de almacenamiento de residuos, los pisos deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.	X		Se recomienda realizar emboquillado de las baldosas presenta fisuras
2.1	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento	X		Se recomienda realizar emboquillado de las baldosas presenta fisuras
2.1	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	X		Se verifica en el tercer y cuarto piso los ambientes de trabajo sucio
2.1	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.	X		Se verifican los mesones del área de preparación de medicamentos
2.1	Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos (Biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes).	X		Se recomienda realizar mantenimiento de las paredes presentan humedad
2.1	Cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión. La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.	X		se verifica el lavado de patos en cada una de las habitaciones. Cuentan con tomas de oxígeno y soportan con balas de oxígeno.
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el	X		Se verifican las áreas destinadas para deposito final de residuos, la IPS no cuenta con depósitos temporales, la ruta sanitaria se contempla para depósitos finales y no depósitos temporales
2.1	Cuenta con sistema de energía de emergencia		X	Se encuentra en el momento fuera de servicio
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		Se recomienda realizar mantenimiento ala área presenta humedad
2.1	Los ascensores son camilleros	X		
2.1	cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia	X		Se evidencia área para el manejo de ropa sucia sin embargo se recomienda utilizar las tapas de las canecas durante la auditoria al servicio de hospitalización se evidencian las canecas destapadas
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características El acceso al servicio es independiente y exclusivo. Iluminación y ventilación natural y/o artificial. Unidad sanitaria. Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		
2,3	Ambientes áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados.	X		

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2,3	<p>Estación de enfermería que cuenta con:</p> <p>Área con puesto de control de enfermería, su localización permite visualizar las circulaciones de las habitaciones de Hospitalización o cuenta con un sistema alternativo para este fin. Sistemas de llamado de enfermeras por cama. Ambiente exclusivo para trabajo limpio Ambiente exclusivo para trabajo sucio.</p>		X	Se evidencia que el llamado de enfermería del tercer piso de hospitalización se encuentra fuera de servicio. Por declaración de la administradora hace dos meses se encuentra fuera de servicio
2,3	<p>Habitaciones de hospitalización.</p> <p>La capacidad máxima por habitación es de cuatro (4) camas para adultos y seis (6) camas para pediatría.</p> <p>Los cuartos de hospitalización disponen de baño.</p> <p>Los baños cuentan con los accesorios de soporte para la movilidad de pacientes.</p> <p>Las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas</p> <p>Las puertas de los baños abren hacia afuera o cuentan con un sistema que les permita ser abiertas con facilidad</p>	X		La IPS cuenta con habitaciones unipersonales, impersonales y múltiples en las habitaciones múltiples se evidencian máximo 5 camas pediátricas
2,3	<p>Cuando se tengan habitaciones de aislamiento además de las condiciones de Hospitalización en todas las complejidades, tienen las siguientes características.</p> <p>Antecámara con mesón de trabajo que incluye poceta y lavamanos. Cuenta con baño.</p> <p>Ventilación mecánica con presión negativa.</p>		X	Las habitaciones destinadas para el aislamiento no cuentan con mesón de trabajo, poceta y tampoco ventilación mecánica.
2,3	<p>Cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia</p>		X	No cuenta con ambiente exclusivo para el manejo de ropa sucia
2,4	<p>Además de las condiciones de Hospitalización en todas las complejidades, tienen las siguientes características.</p> <p>Las ventanas cuentan con sistemas de seguridad para los niños.</p> <p>Las instalaciones eléctricas disponen de un sistema o mecanismo que impida que los niños puedan lesionarse.</p> <p>Cuando se trata de lactantes espacio acondicionado para bañarlos y vestirlos</p> <p>Cuando se tenga ambiente de preparación de fórmulas infantiles artificiales (antes llamado lactario) dispone de los siguientes espacios:</p> <p>Espacio de trabajo para procesos sucios Espacio de trabajo para procesos limpios. Espacio de trabajo para procesos estériles.</p> <p>Mesón de trabajo que incluye poceta y lavamanos.</p> <p>Los espacios cuentan con paredes, pisos y cielorrasos, lisos impermeables y lavables.</p>	X		Se observa que las ventanas cuenta con sistemas de seguridad al igual que las tomas eléctricas.

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3,1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X		Se solicita el listado de equipos con el cual cuenta el servicio de hospitalización para tomar una muestra representativa de equipos y lograr auditar las hojas de vida de los mismos
3,1	El mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X		el mantenimiento de los equipos lo realiza proveedor externo como CR equipos. Se evidencia contrato
3,2	resucitador manual, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda.	X		Se verifican los insumos en carro de paro de cada piso
3,2	Adicionalmente en hospitalización disponibilidad de: Succionador, Se dispone de oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador Electrocardiógrafo, Bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, Glucómetro, Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y Silla de ruedas.	X		Se realiza seguimiento a las hojas de vida del succionador y las camas hospitalarias eléctricas

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	La institución tiene registros que incluyen todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial. Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica.	X		Se verifican dos medicamentos encontrado en el área de preparación de medicamentos (área limpia) acetaminofén y remitida cuentan con recepción técnica en la farmacia
4,1	La Institución tiene definidas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, devolución y descarte de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos x y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución, cuando aplique.	X		Se verifica el protocolo de adquisición y almacenamiento de muestras
4,1	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reusó de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X		La IPS cuenta con protocolo para el uso y reusó de dispositivos médicos sin embargo se recomienda la socialización del protocolo con todo el personal medico y paramédico
4,1	Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reusó de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.	X		La IPS cuenta con protocolo para el uso y reusó de dispositivos médicos sin embargo se recomienda la socialización del protocolo con todo el personal medico y paramédico



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES SERVICIO DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		Se verifica a través del cronograma de capacitación
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma	X		Se verifica solo el cubrimiento del 80 % del personal del servicio de hospitalización
5,1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado	X		Se verifica lista de cheque para el cumplimiento de los consentimientos informados
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X		Se verifica a través del acta de vigilancia epidemiológica las 10 primeras causas de morbimortalidad y la revisión de las guías
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		Se verifican los indicadores de infecciones con un resultado de 0% para el mes de enero y febrero El indicador de mortalidad se encuentra en 0%
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		Las acciones tomadas para minimizar los posibles riesgos se encuentran en los comités de eventos adversos
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Se cuenta con el manual de residuos hospitalarios se verifica la socialización a todo el personal a través de lista de asistencias
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Se realiza a través de formatos para el reporte de eventos adversos y se analizan en el comité el cual se realiza mensualmente
5,1	Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo los siguientes correctos: a. Usuario Correcto b. Medicamento Correcto c. Dosis Correcta d. Hora Correcta e. Vía Correcta	X		Se verifica la guía de administración de medicamentos la cual cuenta con cinco correctos
5,3	Cuenta con un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda médica diaria de evolución de pacientes Cuenta con guías, procedimientos o manuales para: Revisión del equipo de reanimación en cada turno. Solicitud de interconsultas. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina Reanimación Cardiocerebropulmonar. Control de líquidos. Plan de cuidados de enfermería. Administración de medicamentos. Inmovilización de pacientes. Venopunción. Toma de muestras de laboratorio. Cateterismo vesical. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	X		Cuentan con todas las guías de manejo.



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		Cuenta con historia clínica sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		Se verifica historia clínica de la paciente Rafaela López, Carol Tique, Liliana Duarte, Sofía Guerrero
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		Se evidencia protocolo de manejo y conservación de la historia clínica
6,1	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		Se evidencia protocolo de manejo y conservación de la historia clínica. Se evidencia la utilización de siglas en algunas historias clínicas por lo cual se informa al coordinador medico la importancia de no utilizar siglas en las mismas
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		Se auditan 10 historias clínicas del servicio de urgencias donde se identifican los consentimientos informados, se recomienda registrar la fecha en la que se diligencia el consentimiento informado
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió. cuando esté indicado.	X		Se cuenta con protocolo para el reporte y análisis de eventos adversos el cual contempla la confidencialidad
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento	X		Se cuenta con permisos según corresponda para el acceso a la historia clínica.



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN**

NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8,1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución	X		Cuentan con procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes hospitalizados
8,1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X		cuentan con contrato para el traslado de pacientes urgentes con Andiasistencia, el traslado de pacientes es reponsabilidad de la EPS
8,1	Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia. Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión. Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo: Conducta adoptada Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento. Requerimientos de rehabilitación. Niveles de complejidad requeridos	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio de Hospitalización	Fecha: 14/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de hospitalización	
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización	
Conformidades: Se identifica que el servicio de urgencias cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio.	
Se evidencia el cumplimiento de los documentos del servicio como guías y protocolos de manejo	
Se evidencia programa para la prevención de eventos adversos	
Se observa el compromiso de los líderes de proceso por el cumplimiento de los requisitos de la normatividad y de la organización.	
No conformidades mayores: Se identifica que en el momento de la auditoria se incumple el numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio	
En auditoria realizada al servicio de hospitalización se evidencia incumplimiento del estándar dos (infraestructura) numeral 2.3 debido a que no se cuenta con habitación para aislamiento de pacientes con Antecámara con mesón de trabajo que incluye poceta y lavamanos. Cuenta con baño. Ventilación mecánica con presión negativa. Área exclusiva para el almacenamiento de ropa sucia.	
En auditoria realizada al servicio de hospitalización se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de infraestructura por lo que se evidencia deterioro de algunas áreas como el área limpia del tercer piso se evidencia desgaste en los guarda escobas y fisuras en el techo.	
En auditoria realizada al servicio de hospitalización se observa que las habitaciones de aislamiento además de las condiciones de Hospitalización en todas las complejidades, no cuentan con las siguientes características. Antecámara con mesón de trabajo que incluye poceta y lavamanos. Cuenta con baño. Ventilación mecánica con presión negativa.	
No conformidades menores: En auditoria realizada se evidencia que de las 6 historias clínicas auditadas dos de ellas cuentan con siglas en el registro medico.	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio de hospitalización cumple con los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los líderes de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 15 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinador medico de hospitalización

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	FECHA AUDITORIA: 14 Marzo 2012	FECHA INFORME: 14 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de hospitalización			
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización			
Participantes: Coordinador de Medico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio de hospitalización cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio al igual que con los equipos para la prestación del servicio.			
Se evidencia el conocimiento de la norma por parte de los líderes de proceso en cuanto al proceso de hospitalización			
Las guías, protocolos y manuales cumplen con los requisitos de norma y los establecidos por la organización			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de urgencias se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio (No esta en funcionamiento hace dos meses)	Solicitar Mantenimiento inmediato de la planta eléctrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del servicio en caso de urgencias.	Jefe Administradora	17/03/2012
En auditoria realizada el 14 de marzo al proceso de hospitalización se evidencia incumplimiento del estándar 2 de infraestructura numeral 2.3 debido a que el tercer piso de hospitalización no cuenta con llamado de enfermería	Gestionar el mantenimiento del llamado de enfermería del tercer piso	Jefe Administradora	30/03/2012
En auditoria realizada al servicio de hospitalización se observa que las habitaciones de de aislamiento además de las condiciones de Hospitalización en todas las complejidades, no cuentan con las siguientes características. Antecámara con mesón de trabajo que incluye poceta y lavamanos. Cuenta con baño.	Relizar adecuación de la habitación de aislamiento para el cumplimiento de los requisitos	Jefe Administradora / Jefe de Mantenimeinto	30/04/2012
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada se evidencia que de las 6 historias clinicas auditadas dos de ellas cuentan con siglas en el registro medico. Sofia Guerrero, Alejandra Dominguez	Socializar con el personal medico y paramedico la importancia de la no utilización de siglas en las historias clinicas	Coordinador Medico de Urgencias	30/03/2012
En auditoria realizada al servicio de hospitalización se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de insfraestructura por lo que se evidencia deterioro de algunas areas como el area limpia del tercer piso se evidencia desgaste en los guardaescobas y fisuras en el techo.	Realizar ajustes al cronograma de mantenimiento preventivo para lograr el cumplimiento del mismo y mejorar las áreas	Jefe de Mantenimiento	30/03/2012
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de hospitalización cumple en términos generales cumple con los requisitos mínimos de habilitación, sin embargo es importante realizar mayor seguimiento al cronograma de mantenimiento y cronograma de capacitaciones			
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez		AUDITORES: Carolina Jiménez	

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.5 SERVICIO DE FARMACIA

Plan de Auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : Servicio Farmacéutico		CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación			
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio farmacéutico				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de farmacia de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de hospitalización Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	16/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio farmacéutico / IPS en general	16/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Servicio Farmacéutico/ Oficina Administrativa	16/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Servicio farmacéutico / Servicio Farmacéutico	16/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Regente de Farmacia	11:00 a m / 12:15 m	Servicio farmacéutico	16/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Servicio farmacéutico	16/03/2012	
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoria

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Farmacéutico	Fecha: 16/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio farmacéutico	
Alcance: Aplica para el servicio farmacéutico de la clínica pediátrica	
Participantes: Regente de Farmacia Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa,	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes. Recepción técnica de medicamentos	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Bibiana Bohórquez
Cordialmente:	Recibido:


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Reunión de apertura

REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Servicio Farmacéutico	Fecha: 16/03/2012	
Participantes: Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Evelgica Cruz	Regente de Farmacia	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de farmacéutico, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio farmacéutico de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos?		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoria se realiza el 16 de marzo a las 2:30 pm		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO FARMACEUTICO				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		
1.1	legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se verifican hojas de vida en conjunto con el manual de perfiles del cargo
1.28	Químico Farmacéutico o Tecnólogo en regencia de farmacia. En caso de no haber disponibilidad de estos profesionales se podrá contar con Auxiliar en servicio Farmacéutico. El personal será de carácter presencial para instituciones hospitalarias.	X		El servicio cumple con regente de farmacia y auxilair de farmacia, el horario del regente de farmacia es de 8 horas diarias



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA
SERVICIO FARMACEUTICO**

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores.	X		
2.1	Cuenta con sistema de energia de emergencia		X	Se encuentra en mantenimiento
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		
2.1	cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia	X		
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, areas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características El acceso al servicio es independiente y exclusivo.	X		
2,5	Área física exclusiva, garantiza un sistema de ventilación natural y/o artificial y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante	X		
2,5	Cuenta con un área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad pertinentes.	X		es importante realizar el control de la temperatura diariamente
2,5	Dispondrá de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.	X		



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO
SERVICIO FARMACEUTICO**

NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3,1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X		Se evidencia el mantenimiento realizado a los termómetros del área
3,1	El mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X		
3,23	La dotación y muebles necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan de acuerdo a las recomendaciones dadas por el fabricante.	X		Se evidencia el cumplimiento de los implementos necesario para la cadena de frío sin embargo se recomienda la utilización de elementos de fácil limpieza y desinfección
3,23	Contar con la dotación necesaria para la cadena de frío.	X		Cuentan con neveras de icopor, se recomienda neveras plásticas para garantizar limpieza y desinfección
3,23	Nevera para el manejo de medicamentos que requieran refrigeración asegurando la cadena de frío.	X		Cuentan con nevera de icopor
3,23	Termómetros, termos higrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales, debidamente calibrados	X		Se evidencia calibración anual de los termómetros
3,23	Planes de contingencia y los equipos necesarios en caso de falla eléctrica para mantener la cadena de frío.	X		Se realiza a través de neveras y pilas



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN
SERVICIO DE URGENCIAS**

NUMERAL	ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4.1	Cuenta con registros donde incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial.	X		Se evidencia que cuentan con recepcion tecnica de medicamentos y dispositivos medicos
4.1	Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica.	X		
4.1	La Institución tiene definidas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frio, distribución, devolución y descarte de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnostico in vitro, elementos de rayos x y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución, cuando aplique.	X		Se evidencia guia de almacenamiento de medicamentos y dispositivos medicos la cual especifica lo que exige la norma
4.1	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones</p> <p>Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.</p>	X		Se verifica el protocolo para uso y reuso de dispositivos medicos



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES SERVICIO FARMACEUTICO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		Se verifica a través de cronograma de capacitaciones
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma	X		Se evidencia capacitación del 100% del personal del servicio
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X		
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		Se realiza comité de farmacia y terapéutica donde se evalúan los posibles eventos adversos
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Se evidencia manual de residuos hospitalarios
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Cuentan con guía para seguridad del paciente
5,1	Los servicios que incluyen dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo los siguientes correctos: a. Usuario Correcto b. Medicamento Correcto c. Dosis Correcta d. Hora Correcta e. Vía Correcta	X		Se evidencia en guía de manejo para la administración de medicamentos
5,15	El servicio farmacéutico ambulatorio Cuenta con: Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico teniendo en cuenta la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		Se encuentra registrado en el manual de residuos hospitalarios, se verifico el manual
5,15	Normas explícitas sobre restricciones para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de fármaco-vigilancia por personal diferente al químico farmacéutico	X		
5,15	Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico	X		
5,15	Procedimiento para el manejo de medicamentos de control.	X		Se evidencia protocolo para el manejo de medicamentos y se revisan los libros se recomienda no realizar enmendaduras
5,15	Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.	X		Se revisa la guía de manejo control de fechas de vencimiento



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO FARMACEUTICO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	CUMPLE	NO	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		Historia clinica sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		
6,1	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió. cuando esté indicado.	X		
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento	X		

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES SERVICIO FARMACEUTICO				
NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8,1	<p>Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia.</p> <p>Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión.</p> <p>Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo:</p> <p>Conducta adoptada</p> <p>Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento.</p> <p>Requerimientos de rehabilitación.</p> <p>Niveles de complejidad requeridos</p>	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio Farmacéutico	Fecha: 16/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio farmacéutico	
Alcance: Aplica para el servicio farmacéutico	
Conformidades: Se observa que el servicio farmacéutico cuenta con el recurso humano calificado y comprometido con el proceso.	
El servicio farmacéutico cuenta con el registro de medicamentos de control especial sin embargo se recomienda no realizar enmendaduras ni tachones en el libro	
De acuerdo a la normatividad las formulas medicas de medicamentos de control especial deben tener sello de entregado por lo que se recomienda que el 100% de las formulas tengan el sello	
Se observa el cumplimiento de la normatividad en el proceso	
No conformidades mayores: No se evidencian	
No conformidades menores:	
En auditoria realizada al servicio de urgencias se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de infraestructura por lo que se evidencia deterioro de algunas áreas como el área d se evidencia desge almacenamiento de líquidos en los guarda escobas y fisuras en el techo.	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio farmacéutico cumple con los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los líderes de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez	RESPONSABLE DE PROCESO: Regente de Farmacia

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: SERVICIO FARMACEUTICO	FECHA AUDITORIA: 16 Marzo 2012	FECHA INFORME: 17 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de Farmacia			
Alcance: Aplica para el servicio de farmacia			
Participantes: Coordinador de Medico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio defarmacia cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio al igual que con los equipos para la prestación del servicio. Se recomienda contar con el fisico de los informes enviados al fondo nacional de estupefacientes.			
Se evidencia el conocimiento de la norma por parte de los lideres de proceso en cuanto al proceso de farmacia en especial al manejo y control de medicamentos de control especial			
Las guías, protocolos y manuales cumplen con los requisitos de norma y los establecidos por la organización.			
El libro de controlados se encuentra con registros al día			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No se identificaron			
No se identificaron			
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada al servicio farmaceutico se evidencia incumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de infraestructura por lo que se evidencia deterioro de las medias cañas del servicio farmaceutico.	Realizar mantenimiento correctivo a las medias cañas	Jefe de Mantenimiento	30 de abr de 12
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de farmacia cumple en términos generales con los requisitos mínimos de habilitación.			
Se recomienda imprimir los reportes del envío de los medicamentos de control especial al fondo nacional de estupefacientes.			
Soportar con listados de asistencia las capacitaciones al personal de farmacia.			
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez		AUDITORES: Carolina Jiménez	

8.6 SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

Plan de Auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : Servicio de laboratorio clínico			CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación		
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de laboratorio clínico				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de laboratorio clínico de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de laboratorio clínico Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio de Laboratorio Clínico / IPS en general	15/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Laboratorio Clínico / Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Laboratorio Clínico / Servicio Farmacéutico	15/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Coordinador medico coordinadora de enfermería	11:00 a m / 12:15 m	Laboratorio Clínico	15/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Laboratorio clínico / área administrativa	15/03/2012	
Estándar Interdependencia de Servicios	Carolina Jiménez / Coordinador medico	1:30 pm a 2:00 pm	Laboratorio Clínico	15/03/2012	
Estándar Referencia y Contra referencia de Pacientes	Bibiana Bohórquez / Oscar Charry	1:30 pm a 2:00 pm	Laboratorio Clínico	15/03/2012	
AUDITOR LIDER: Carolina Jiménez					
AUDITORES: Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoria

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Laboratorio Clínico	Fecha: 15/03/2012
Para: Coordinadora Laboratorio Clínico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio de laboratorio clínico	
Alcance: Aplica para el servicio de laboratorio clínico de la clínica pediátrica	
Participantes: Coordinadora de laboratorio clínico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador de Admisiones	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes.	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Carolina Jiménez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido: Monica Cogua


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Reunión de apertura

REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Laboratorio Clínico	Fecha: 15/03/2012	
Participantes: Coordinador de Laboratorio Clínico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Mónica Cogua	Coordinadora Laboratorio Clínico	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Oscar Charly	Coordinador Admisiones	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de laboratorio clínico, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio de laboratorio clínico de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorías previos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoría se realiza el 15 de marzo a las 2:30 pm		


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO LABORATORIO CLINICO				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Verificación de las hojas de vida de las cuatro bacteriologas con las que cuenta el servicio
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se realiza la verificación del manual de funciones y perfiles establecido por la IPS
1,37	Bacteriólogo o Médico; éste último, con especialización en patología clínica, o en una de las áreas del laboratorio clínico. Además podrán contar con personal profesional del área de la salud, con entrenamiento certificado, autorizada para ejercer actividades relacionadas con el laboratorio clínico y con Auxiliar(es) de Laboratorio Clínico. Además de lo anterior, si el laboratorio ofrece servicios especializados en algún área deberá contar con Bacteriólogos especializados o con entrenamiento certificado en el área.	X		Verificación de las hojas de vida de las cuatro bacteriologas con las que cuenta el servicio

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA SERVICIO LABORATORIO CLINICO				
NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2,1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		Se realiza recorrido por el servicio de tomas de muestras
2.1	Cuenta con sistema de energía de emergencia		X	No se cuenta con sistema de energía de emergencia
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		Se verifica a través del cronograma de mantenimiento
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características El acceso al servicio es independiente y exclusivo. Iluminación y ventilación natural y/o artificial. Unidad sanitaria. Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		La poceta es compartida con el servicio de urgencias
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos	X		Se recomienda realizar mantenimiento a las paredes del área de residuos hospitalarios se evidencia humedad

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2,21	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características. <ul style="list-style-type: none"> • Sala de espera (Puede ser compartida con otros servicios). • Disponibilidad de unidad sanitaria discriminada por sexo. • Área o cubículo para toma de muestras con superficie de trabajo para este fin. • Mesón de trabajo que incluye poceta para lavado de material. En ésta no debe haber tela o madera expuesta, debe estar cubierta con materiales lavables. • Mesón sólido para la centrifuga. • Lavamanos. • Disponibilidad de Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta. (Aplica para toma de muestras ubicadas en sedes independientes al laboratorio clínico). 	X		La unidad sanitaria es compartida con el servicio de hospitalización al igual que la sala de espera
2,22	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características. <ul style="list-style-type: none"> • Sala de espera (Puede ser compartida con otros servicios) • Disponibilidad de unidad sanitaria discriminada por sexo. • Área de recepción, información y entrega de resultados. 	X		
2,22	Ambiente técnico de procedimientos que debe contar con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Secciones o áreas separadas e identificadas. • Área administrativa. • Mesones de trabajo. • Ducha manual o lavaojos. • Lavamanos. • Espacio para lavado de material 	X		Cuentan con area admisnitrativa separade del area de procesamiento de muestras

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO SERVICIO LABORATORIO CLINICO				
NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3.1	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico	X		Se verifican los equipos de manera visual y por lista de equipos
3.1	Contar con los elementos necesarios para la disposición de desechos.	X		Se realiza la verificación del manual de residuos hospitalarios donde incluye el servicio de
3.1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique	X		El mantenimiento de los equipos se realiza tres veces al año
3.1	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo	X		Se contrata con proveedor externo
3,29	Los equipos necesarios según las muestras que tomen	X		Se cuenta con centrifuga
3.30	Los laboratorios clínicos deberán tener los equipos Manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.	X		Se evidencian los equipos necesarios como centrifuga



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO
ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X		En el servicio de toma de muestras no realizan la reutilización de insumos
4,1	Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.	X		No se reutilizan dispositivos medicos
4,3	En el servicio se debe contar con los registros y soportes de la adquisición, recepción, almacenamiento y uso de los dispositivos médicos utilizados para la toma de muestras, además tener el control de existencias a través del kardex.	X		Se verifica el kardex donde se realiza el registro de los reactivos que ingresan al servicio controlando fechas de vencimiento, lote y registro invima
4,4	Se tiene el control de existencias a través del kárdex. En el servicio de atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrezca, el laboratorio clínico deberá disponer de reactivos para pruebas de tamizaje.	X		

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		Se realiza seguimiento del indicador de eventos adversos del area de toma de muestras encoentrando indicaodr del 1% de venopunciones
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		cumplen con el comité de eventos adversos pero no se evidencia el seguimiento a los planes de mejoramiento
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Se evidencia manual de residuos hospitalarios del laboratorio clinico
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Se evidencia formato para el reprot de eventos adveros y los planes de mejoramiento son planteados en comité
5,19	Cuenta con : Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra. Protocolo de empaque, embalaje y trasporte de muestras.	X		Se evidencia protocolo para el transporte de muestras el cual especifica los requisitos minimos para el transporte de muestras que no puedens er procesadas en el laboratorio
5,18	Cuenta con : Programa de control de calidad Interno y externo y sus respectivos Manuales. Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras. Manuales de procedimientos técnicos de cada sección. Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio Y otro tipo de material que sea reusado. Manuales de manejo y limpieza de equipos. Manual de esterilización si aplica Los manuales cuentan con un registro de que todo el personal los conoce, se revisan cada año y las actualizaciones están documentadas.	X		Se evidencia el control de calidad realizado por el laboratorio clinico

**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		La hisotira clinica es sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		
6,1	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento	X		
6,6	Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos	X		Se cuenta con restricciones para el acceso a las historias clinicas
6,6	Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica	X		Se evidneica el registro y control de la temperatura a traves del formato control de temperatura
6,6	Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: debe especificar la temperatura hora de toma y de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe.	X		Se observan los registros para el control de las muestras

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,6	Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes remitidos deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. En su defecto con el nombre del laboratorio clínico que lo realizó. Registro diario de pacientes y exámenes solicitados, con el nombre del laboratorio clínico que los realizará. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos	X		Los laboratorios de tercer nivel de complejidad son procesados en laboratorios Echavarrya
6,7	Registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los exámenes realizados. Si se realiza en medio magnético asegurarse de que no se puedan modificar	X		Se evidencia el registro de los resultados en historia clínica y en libro de control de registro de resultados
6,7	Registro estadístico mensual, por sección y turno de pacientes, exámenes ordenados y pruebas realizadas.	X		Registro en libro de procesamiento de muestras
6,7	Registro de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó	X		Registro de traslado de muestras
6,7	Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. Formato de Reporte de resultados. Registro de Control de Calidad Interno y externo	X		Se evidencian registros de
6,7	Registros de temperatura del baño serológico y de la(s) nevera(s) (Si aplica).	X		Se verifica el control de la temperatura en el formato de registro diario
6,7	Todos los registros y documentación del laboratorio clínico, incluyendo los resultados del control de calidad interno y externo, deben mantenerse en archivo de gestión un año y en archivo central durante el tiempo contemplado por la normatividad de historia clínica vigente.	X		Se realiza el control de la documentación de acuerdo a las resoluciones 1995



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PREFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES LABORATORIO CLINICO

NUMERO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X		
8.1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo	X		
8.1	Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución.	X		
8.1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).	X		
8.1	Disponibilidad de medios de transporte	X		
8.1	Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes	X		
8.1	haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en	X		
8.1	Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión	X		
8.1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo: Conducta adoptada Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento.	X		
8.1	Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio de Laboratorio Clínico	Fecha: 15/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de Laboratorio Clínico	
Alcance: Aplica para el servicio de Laboratorio Clínico	
Conformidades: Se observa que en el momento de la auditoria el servicio de laboratorio clinico cumple con los estandares de habilitación no se evidencian incumplimientos a la norma	
No conformidades mayores: No se evidencian	
No conformidades menores: No se identifican	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio de laboratorio clinico cumple con los requisitos minimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los lideres de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Carolina Jimenez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinadora de Laboratorio clinico

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 3	PROCESO / PROCEDIMIENTO: Servicio de laboratorio clínico	FECHA AUDITORIA: 15 Marzo 2012	FECHA INFORME: 15 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de toma de muestras			
Alcance: Aplica para el servicio de laboratorio clínico			
Participantes: Coordinador de laboratorio clínico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa			
CONFORMIDADES			
Se identifica la líder del proceso reconoce oportunamente las mejoras que se deben realizar en el proceso			
Se evidencia el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación			
Se observa el compromiso de los líderes de proceso por el cumplimiento de los requisitos de la normatividad y de la organización.			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de toma de muestras se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio (No esta en funcionamiento hace dos meses)	Solicitar Mantenimiento inmediato de la planta eléctrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del servicio en caso de urgencias.	Jefe Administradora	17/03/2012
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el proceso de laboratorio clínico cumple con todos los requisitos de norma, no se evidencian incumplimientos. Se observa compromiso y conocimiento del proceso por parte del líder y de los colaboradores.			
AUDITOR LIDER: Carolina Jiménez		AUDITORES: Carolina Jiménez	

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe de seguimiento

INFORME DE SEGUIMIENTO			
AUDITORIA No. 3	PROCESO / PROCEDIMIENTO: LABORATORIO CLINICO	FECHA REALIZACION AUDITORIA: 15 DE MARZO 2012	FECHA VERIFICACION A LA EFICACIA: 02/04/2012
OBJETIVOS: Verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento establecidos para dar cumplimiento a los requisitos mínimos de habilitación			
ALCANCE: Aplica para el servicio de toma de muestras			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de toma de muestras se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones	Solicitar Mantenimiento inmediato de la planta eléctrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del servicio en caso de	Jefe Administradora	
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
Se Cierra ciclo de auditoria?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
AUDITOR LIDER		RESPONSABLE DEL PROCESO	
AUDITORES			

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.7 SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS

Plan de Auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : Servicio de toma de muestras			CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación		
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de toma de muestras				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de toma de muestras de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de toma de muestras Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohorquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohorquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio de toma de muestras / IPS en general	15/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jimenez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	toma de muestras / Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohorquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Toma de muestras / Servicio Farmacéutico	15/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Coordinador medico coordinadora de enfermería	11:00 a m / 12:15 m	Toma de muestras	15/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Toma de muestras / area adminsitrativa	15/03/2012	
Estándar Interdependencia de Servicios	Carolina Jiménez / Coordinador medico	1:30 pm a 2:00 pm	Toma de muestras	15/03/2012	
Estándar Referencia y Contra referencia de Pacientes	Bibiana Bohórquez / Oscar Charry	1:30 pm a 2:00 pm	Toma de muestras	15/03/2012	
AUDITOR LIDER: Carolina Jiménez					
AUDITORES: Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoría

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Toma de Muestras	Fecha: 15/03/2012
Para: Coordinadora Laboratorio Clínico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoría en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio de toma de muestras	
Alcance: Aplica para el servicio de toma de muestras de la clínica pediátrica	
Participantes: Coordinadora de laboratorio clínico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador de Admisiones	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes.	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Carolina Jiménez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido:


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Reunión de apertura


REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Toma de muestras	Fecha: 15/03/2012	
Participantes: Coordinador de Laboratorio Clínico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Monica Cogua	Coordinadora Laboratorio Clínico	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Oscar Charly	Coordinador Admisiones	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de toma de muestras, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio de toma de muestras de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se tiene conocimiento de informes de auditorías previos?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoría se realiza el 15 de marzo a las 2:30 pm		


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO TOMA DE MUESTRAS				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Verificación de las hojas de vida de las cuatro bacteriologas con las que cuenta el servicio
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se realiza la verificación del manual de funciones y perfiles establecido por la IPS
1,36	Bacteriólogo: Además podrá contar con Auxiliares de Laboratorio clínico de Enfermería. En hospitalización y Unidades Renales la Enfermera del servicio podrá tomar la muestra de los pacientes y podrán realizarlo Auxiliares de Laboratorio o de Enfermería con entrenamiento certificado	X		La toma de muestras en el servicio de hospitalización es realizada por auxilair de enfermería.

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA SERVICIO TOMA DE MUESTRAS				
NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		Se realiza recorrido por el servicio de tomas de muestras
2.1	Cuenta con sistema de energía de emergencia		X	No se cuenta con sistema de energía de emergencia
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		Se verifica a través del cronograma de mantenimiento
2.1	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida con las siguientes características El acceso al servicio es independiente y exclusivo. Iluminación y ventilación natural y/o artificial. Unidad sanitaria. Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		La poceta es compartida con el servicio de urgencias
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos	X		Se recomienda realizar mantenimiento a las paredes del área de residuos hospitalarios se evidencia humedad
2,21	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características. • Sala de espera (Puede ser compartida con otros servicios). • Disponibilidad de unidad sanitaria discriminada por sexo. • Área o cubículo para toma de muestras con superficie de trabajo para este fin. • Mesón de trabajo que incluye poceta para lavado de material. En ésta no debe haber tela o madera expuesta, debe estar cubierta con materiales lavables. • Mesón sólido para la centrifuga. • Lavamanos. • Disponibilidad de Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta. (Aplica para toma de muestras ubicadas en sedes independientes al laboratorio clínico).	X		La unidad sanitaria es compartida con el servicio de hospitalización al igual que la sala de espera

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO TODOS LOS SERVICIO				
NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3.1	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico	X		Se verifican los equipos de manera visual y por lista de equipos
3.1	Contar con los elementos necesarios para la disposición de desechos.	X		Se realiza la verificación del manual de residuos hospitalarios donde incluye el servicio de
3.1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique	X		El mantenimiento de los equipos se realiza tres veces al año
3.1	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo	X		Se contrata con proveedor externo
3,29	Los equipos necesarios según las muestras que tomen	X		Se cuenta con centrifuga

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS				
NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X		En el servicio de toma de muestras no realizan la reutilización de insumos
4,1	Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.	X		No se reutilizan dispositivos medicos
4,3	En el servicio se debe contar con los registros y soportes de la adquisición, recepción, almacenamiento y uso de los dispositivos médicos utilizados para la toma de muestras, además tener el control de existencias a través del kardex.	X		Se verifica el kardex donde se realiza el registro de los reactivos que ingresan al servicio controlando fechas de vencimiento, lote y registro invima

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES TODOS LOS SERVICIOS

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		Se realiza seguimiento del indicador de eventos adversos del area de toma de muestras enfocandose en el 1% de venopunciones
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		cumplen con el comité de eventos adversos pero no se evidencia el seguimiento a los planes de mejoramiento
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Se evidencia manual de residuos hospitalarios del laboratorio clinico
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Se evidencia formato para el reporte de eventos adversos y los planes de mejoramiento son planteados en comité
5,19	Cuenta con : Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra. Protocolo de empaque, embalaje y transporte de muestras.	X		Se evidencia protocolo para el transporte de muestras el cual especifica los requisitos minimos para el transporte de muestras que no pueden ser procesadas en el laboratorio

**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		La hisotira clinica es sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		
6,1	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento	X		
6,6	Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos	X		Se cuenta con restricciones para el acceso a las historias clínicas
6,6	Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica	X		Se evidencia el registro y control de la temperatura a través del formato control de temperatura
6,6	Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: debe especificar la temperatura hora de toma y de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe.	X		Se observan los registros para el control de las muestras
6,6	Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes remitidos deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. En su defecto con el nombre del laboratorio clínico que lo realizó. Registro diario de pacientes y exámenes solicitados, con el nombre del laboratorio clínico que los realizará. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos	X		Los laboratorios de tercer nivel de complejidad son procesados en laboratorios Echavarrya



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PREFERENCIA Y
CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES TOMA DE MUESTRAS**

NUMERO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X		
8.1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo	X		
8.1	Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución.	X		
8.1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).	X		
8.1	Disponibilidad de medios de transporte	X		
8.1	Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes	X		
8.1	Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia	X		
8.1	Manejo de los posibles eventos en la consulta antes de la remisión	X		
8.1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la contrarreferencia de pacientes, que incluye como mínimo: Conducta adoptada Necesidades de intervenciones futuras y seguimiento. Requerimientos de rehabilitación. Niveles de complejidad requeridos	X		
8.1	Si el servicio está dentro de una Institución Hospitalaria debe haber una coordinación con el servicio de Urgencias y el Sistema Organizado de alerta de la Institución con el fin de responder en forma inmediata a la atención de urgencia	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio de Toma de muestras	Fecha: 15/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de Toma de Muestras	
Alcance: Aplica para el servicio de Toma de Muestras	
Conformidades: Se identifica la lider del proceso reconoce oportunamente las mejoras que se deben realizar en el proceso	
Se evidencia el cumplimiento de los documentos del servicio como guías y protocolos de manejo	
Se evidencia programa para la prevencion de eventos adversos	
Se observa el compromiso de los lideres de proceso por el cumplimiento de los requisitos de la normatividad y de la organización.	
No conformidades mayores: Se identifica que en el momento de la auditoria se incumple el numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio	
No conformidades menores: No se identifican	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio de toma de muestras cumple con los requisitos minimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los lideres de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Carolina Jimenez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinadora de Laboratorio clinico

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 3	PROCESO / PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS	FECHA AUDITORIA: 15 Marzo 2012	FECHA INFORME: 15 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de toma de muestras			
Alcance: Aplica para el servicio de toma de muestras			
Participantes: Coordinador de laboratorio clinico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa			
CONFORMIDADES			
Se identifica la lider del proceso reconoce oportunamente las mejoras que se deben realizar en el proceso			
Se evidencia el cumplimiento de los requisitos minimos de habilitación			
Se observa el compromiso de los lideres de proceso por el cumplimiento de los requisitos de la normatividad y de la organización.			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de toma de muestras se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio (No esta en funcionamiento hace dos meses)	Solicitar Mantenimiento inmediato de la planta eléctrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del servicio en caso de urgencias.	Jefe Administradora	17/03/2012
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de toma de muestras cumple en términos generales cumple con los requisitos mínimos de habilitación, sin embargo es importante realizar mayor seguimiento al cronograma de mantenimiento y cronograma de capacitaciones			
AUDITOR LIDER: Carolina Jimenez		AUDITORES: Carolina Jiménez	

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe de seguimiento

INFORME DE SEGUIMIENTO			
AUDITORIA No. 3	PROCESO / PROCEDIMIENTO: TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	FECHA REALIZACION AUDITORIA: 15 DE MARZO 2012	FECHA VERIFICACION A LA EFICACIA: 02/04/2012
OBJETIVOS: Verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento establecidos para dar cumplimiento a los requisitos minimos de habilitación			
ALCANCE: Aplica para el servicio de toma de muestras			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
En auditoria realizada el 13 de marzo al servicio de toma de muestras se identifica que incumplimiento del numeral 2.1 estándar 2 de infraestructura ya que se cuenta con planta eléctrica pero no se encuentran en adecuadas condiciones para la prestación del servicio (No esta en funcionamiento hace dos meses)	Solicitar Mantenimiento inmediato de la planta eléctrica al proceso de mantenimiento para garantizar la prestación del servicio en caso de urgencias.	Jefe Administradora	
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
Se Cierra ciclo de auditoria?			
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
AUDITOR LIDER	BIBIANA BOHORQUEZ	RESPONSABLE DEL PROCESO	
AUDITORES	CAROLINA JIMENEZ MONICA COGUA		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.8 SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

Plan de Auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : Servicio de hospitalización			CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación		
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de Imágenes Diagnosticas				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de Imágenes Diagnosticas de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de Imágenes Diagnosticas Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Servicio de Imágenes Diagnosticas / IPS en general	15/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Servicio de Imágenes Diagnosticas / Oficina Administrativa	15/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Coordinador Imágenes Diagnosticas	11:00 a m / 12:15 m	Imágenes Diagnosticas	15/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Imágenes Diagnosticas	15/03/2012	
Estándar Interdependencia de Servicios	Carolina Jiménez / Coordinador Imágenes Diagnosticas	1:30 pm a 2:00 pm	Imágenes Diagnosticas	15/03/2012	
Estándar Referencia y Contra referencia de Pacientes	Bibiana Bohórquez / Oscar Charry	1:30 pm a 2:00 pm	Imágenes Diagnosticas / Admisiones	15/03/2012	
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					

Notificación de la auditoria

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Servicio de Imágenes Diagnosticas	Fecha: 15/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio de hospitalización	
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización de la clínica pediátrica	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Coordinadora de enfermería Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes.	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Bibiana Bohórquez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido: Coordinador de Radiología


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French


Reunión de apertura

REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Servicio de Hospitalización	Fecha: 14/03/2012	
Participantes: Coordinador de Medico de Urgencias, Coordinadora de enfermería Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Regente de Farmacia, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Javier Pinilla	Coordinador Medico de Urgencias	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Karen Albarracín	Coordinadora de Enfermería	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Evelia Cruz	Regente de Farmacia	
Oscar Charly	Coordinador Admisiones	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de hospitalización, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio de hospitalización de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoria se realiza el 14 de marzo a las 3:30 pm		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo


 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO SERVICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		
1.30	Técnico ó Tecnólogo en Radiología, con supervisión por especialista en Radiología. Esta supervisión implica que un Médico especialista en radiología desarrolle las acciones acorde a lo documentado en los protocolos establecidos por la Institución; no implica la supervisión de cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del radiólogo. La lectura formal de los estudios será realizada por el especialista en radiología e imágenes diagnósticas	X		Se evidencia que cuentan con tecnólogos de radiología por turnos, con supervisión de especialista en radiología

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA SERVICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.17	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios delimitados y señalizados con las siguientes características. Los ambientes donde funcionen los equipos emisores de radiaciones ionizantes cuentan con licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico. Sala de espera (Puede ser compartida con otros servicios) Dispone de unidad sanitaria discriminada por sexo Sala de examen exclusiva para equipo de Rx con las protecciones contra radiaciones ionizantes. Área para el control del equipo. Área para cambio de ropa de pacientes.		X	No se cuenta con licencia de funcionamiento para el equipo de radiología por declaración del técnico se encuentra en trámite



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO
SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

NUMERAL	ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3.1	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico	X		Se verifica hoja de vida del equipo
3.1	Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud o por el Ministerio de Minas y Energía según el caso.	X		
3.1	Contar con los elementos necesarios para la disposición de desechos.		X	No cuentan con caneca roja en el servicio
3.1	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique	X		
3.1	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo	X		
3.24	Equipo de RX correspondiente con: Mesa radiográfica, delantal plomado, protector gonadal y de tiroides. Si realiza ultrasonografía, deberá contar con equipo de ultrasonografía dotado con transductores adecuados para cada uno de los estudios ofrecidos, (en especial transductor lineal de más de 7.5. mHz para estudios de pequeñas partes). Cuando se realizan procedimientos invasivos (biopsias, drenajes y punciones) con guía ecográfica se requieren los elementos tales como: Mesa de Mayo, elementos de asepsia según protocolos, guías,	X		Se cuenta con mesa radiologica y protectores gonadales tanto pediátrico como adulto

				
LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS				
NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	X		
5,1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado	X		
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico.	X		
5,1	Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	X		
5,1	Se ha establecido el mecanismo para construir guías propias, ó adoptar las desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas, o se ha adoptado la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de atención integral publicada por el Ministerio de la Protección Social.	X		
5,1	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.	X		
5.16	Además de contar con la licencia de Rayos X expedida por Entidad Territorial, deberá contar con: Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de Medicina nuclear.	X		
5.16	Cumplimiento del manual de radio protección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general	X		Se evidencia protocolo de radiología el cual incluye personal y paicnetes
5.16	Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante.	x		
5.16	Protocolos para garantía de calidad de la imagen. Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.		X	No se cuenta con protocolo para la vigilancia epidemiologica y radiologica del personal expuesto



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES
SERVICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

NUMERO	ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su	X		
6,1	archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar	X		
6,1	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos	X		
6,1	Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	X		
6,1	Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X		
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los	X		
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió.	X		
6,1	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.	X		
6.3	Registro de estudios realizados que incluya el nombre del paciente, nombre del estudio realizado, número de exposiciones, dosis equivalente de irradiación basada en mili amperaje, tiempo de exposición (mAs) y kilo voltaje (Kv) utilizados. Número de estudios rechazados por el radiólogo.	X		Se verifican los registros de los apcientes atendidos el día de la auditoria

**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS
SERVICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

NUMERO	ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
7.1	Servicio de Radiología básica para baja complejidad salvo en Centro o Puesto de Salud con camas donde no se exigirá y para mediana y alta complejidad, cuenta con el servicio de imágenes diagnosticas de acuerdo con el servicio que ofrezca.	X		

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio de Imágenes Diagnosticas	Fecha: 16/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de Imágenes Diagnosticas	
Alcance: Aplica para el servicio de Imágenes Diagnosticas	
Conformidades: Se identifica que el servicio de imágenes diagnosticas cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio.	
Se evidencia el cumplimiento de los documentos del servicio como guías y protocolos de manejo	
Se evidencia programa para la prevención de eventos adversos	
Se evidencia que se cuenta con protectores gonadales adulto y pediátrico en buen estado	
Se observa el compromiso de los lideres de proceso por el cumplimiento de los requisitos de la normatividad y de la organización.	
No conformidades mayores: En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se evidencia que No se cuenta con protocolo para la vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto, por lo que incumple un requisito legal.	
En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se observa que no se cuenta con licencia de funcionamiento expedida por la SDS, lo que incumple un requisito legal.	
No conformidades menores: N/A	
Conclusiones: Durante la auditoria se evidencia que no se cuenta con licencia de funcionamiento como tampoco con la evidencia del tramite por lo que se recomienda tomar copia de a solicitud de la misma para dejarla en el servicio. Se evidencia compromiso de los lideres de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinador medico de Imágenes Diagnosticas

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	FECHA AUDITORIA: 16 Marzo 2012	FECHA INFORME: 17 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de imágenes diagnosticas			
Alcance: Aplica para el servicio de imágenes diagnosticas			
Participantes: Coordinador de Medico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador de Imágenes Diagnosticas, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio de imágenes diagnosticas cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio al igual que con los equipos para la prestación del servicio.			
Se evidencia el conocimiento de la norma por parte de los lideres de proceso en cuanto al proceso de Imágenes Diagnosticas teniendo en cuenta la propuesta de la nueva resolución.			
Las guías, protocolos y manuales cumplen con los requisitos de norma y los establecidos por la organización y por el proceso de imágenes diagnosticas			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se evidencia que No se cuenta con protocolo para la vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto, por lo que incumple un requisito legal.	Realizar protocolo para la vigilancia epidemiologica y radiologica del personal expuesto.	Coordinador de Radiologia	30/03/2012
En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se observa que no se cuenta con licencia de funcionamiento expedida por la SDS, lo que incumple un requisito legal.	Realizar gesion ante la SDS para la entrega de a licencia de funcionamiento	Coordinador de Radiologia	30/04/2012
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de imágenes diagnosticas no cumple con todos los requisitos exigidos por la normatividad, se evidencia incumplimiento.			
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez		AUDITORES: Carolina Jiménez	

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe de seguimiento

INFORME DE SEGUIMIENTO			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: Imágenes Diagnosticas	FECHA REALIZACION AUDITORIA: 16/03/2012	FECHA VERIFICACION A LA EFICACIA: 04/05/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del servicio de imágenes diagnosticas			
Alcance: Aplica para el servicio de imágenes diagnosticas			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se evidencia que No se cuenta con protocolo para la vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto, por lo que incumple un requisito legal.	Realizar protocolo para la vigilancia epidemiologica y radiologica del personal expuesto.	Coordinador de Radiologia	
En auditoria realizada en el mes de marzo de 2012 al proceso de imágenes diagnosticas se observa que no se cuenta con licencia de funcionamiento expedida por la SDS, lo que incumple un requisito legal.	Realizar gesion ante la SDS para la entrega de a licencia de funcionamiento	Coordinador de Radiologia	
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCION IMPLEMENTADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LA EFICACIA
Se Cierra ciclo de auditoria?			
	SI	NO	
AUDITOR LIDER	Bibiana Bohroquez	RESPONSABLE DEL PROCESO: Coordiandor de Imágenes DX	
AUDITORES	Carolina Jimenez		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.9 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

Plan de Auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : Consulta Externa		CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación			
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio farmacéutico				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de farmacia de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de hospitalización Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	17/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Consultorio de Consulta Externa / IPS en general	17/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Consultorio de Consulta Externa/ Oficina Administrativa	17/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Consultorio de Consulta Externa / Servicio Farmacéutico	17/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Regente de Farmacia	11:00 a m / 12:15 m	Consultorio de Consulta Externa	17/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Consultorio de Consulta Externa	17/03/2012	
Estándar referencia y contrareferencia	Bibiana Bohórquez / Coordinador de Admisiones	11:00 a m / 12:15 m	Consultorio de Consulta Externa	17/03/2012	
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Notificación de la auditoria

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Consulta Externa	Fecha: 17/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio Consulta Externa	
Alcance: Aplica para el servicio farmacéutico de la clínica pediátrica	
Participantes: Regente de Farmacia Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa,	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes. Recepción técnica de medicamentos	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Bibiana Bohórquez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido: Coordinador Medico


Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Reunión de apertura

Proceso: Consulta Externa	Fecha: 17/03/2012	
Participantes: Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador Médico, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Javier Pinilla	Coordinador Médico	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de consulta externa, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio de consulta externa de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoria se realiza el 17 de marzo a las 2:30 pm		

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Se verifica hoja de vida del pediatra la cual cumple con los requisitos de norma
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se verifica hoja de vida del pediatra el cual cumple con diploma, acta de grado y verificación de títulos
1,15	Profesional de la salud de acuerdo a los servicios que se oferten	X		
1,17	Médico especialista de acuerdo a la oferta de salud y a los programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación.	X		Se verifica el recurso humano a travez del listado de turnos



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las instituciones donde se presten servicios de Internación, Obstetricia, Urgencias y recuperación Quirúrgica cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños de las anteriores áreas cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión.	X		Se verifican tomas eléctricas en el consultorio cuenta con dos tomas
2.1	Cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión. La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.	X		cuenta con tanques para el almacenamiento de agua, se verifican registro del control de lavado de tanques.
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos.	X		Cuentan con deposito para los residuos hospitalarios el cual cuenta con fuente de agua y extintor.
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		Se verifica tanques de agua
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		Se verifica poceta se encuentra en el primer
2.1	cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia	X		Es compartido con el servicio de urgencias.
2,11	El consultorio cuenta con: • Área para entrevista • Área para examen cuando aplique. • Barrera física fija o móvil entre las áreas. • Lavamanos por consultorio. Los consultorios que se encuentren en el mismo ambiente dentro de un servicio específico, pueden compartir el lavamanos y no encontrarse dentro de cada consultorio. • El Consultorio para consulta especializada (Gineco-obstetricia, urología, citología o toma de muestras y aquellos que por el tipo de examen así lo requieran), además de las condiciones de consultorios generales cuenta con Unidad sanitaria.	X		Se verifica consultorio el cual cuenta con area separada por biombo, cuenta con lavamanos y baño



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

NUMERAL		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3,16	Dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso.	X		Se verifica equipo de organos, fonendoscopio, cada medico cuenta con fonendoscopio
3,16	Si realiza procedimientos menores, cuenta con: Camillas rodantes con freno y con barandas e Instrumental o equipo necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza. Si ofrece servicios de consulta externa de medicina estética debe cumplir con los requisitos de consulta externa general y procedimientos menores. Si ofrece servicios de Medicina y Terapias Alternativas cuenta con:	X		Cuentan con equipo de pequeña cirugía



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	La institución tiene registros que incluyen todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial. Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica. Cuenta con guías, procedimientos o manuales para: Revisión del equipo de reanimación en cada turno. Solicitud de interconsultas. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina Reanimación Cardiocerebropulmonar. Control de líquidos. Plan de cuidados de enfermería. Administración de medicamentos. Inmovilización de pacientes. Venopunción. Toma de muestras de laboratorio. Cateterismo vesical. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	X		

LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN SERVICIO DE URGENCIAS

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	<p>Para el caso de componentes anatómicos diferentes a órgano sólido, estos deberán provenir de un banco de tejidos certificado por el INVIMA, o contar con la autorización para el ingreso al país, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.</p> <p>Además si la institución cuenta con soluciones de preservación para cada tipo de órgano, estas deben ser autorizadas por la autoridad competente para este uso.</p> <p>Los procedimientos de selección, adquisición y uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro incluyen la verificación del registro sanitario expedido por el INVIMA, así como el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia que incluyen procedimientos de trazabilidad o seguimiento a dichos productos de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.</p>	X		
4,1	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p>	X		
4,1	<p>Para ello se debe tener documentado el procedimiento Institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, establecidos por el fabricante.</p>	X		



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma	X		
5,1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado	X		
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X		
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Cuentan con el manual de residuos hospitalarios
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Protocolo para el reporte y manejo de eventos adversos
5,11	Si realiza procedimientos menores en el consultorio o sala de procedimientos cuenta con: La relación de procedimientos que se realizan Criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores. Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización. Guías de manejo de patologías de Urgencia.	X		Se evidencia las 10 principales consultas las cuales son trabajadas en comité, se realiza revisión de guías



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y
REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		La historia clinica es sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		
6,1	<p>El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.</p> <p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos</p> <p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</p> <p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p>	X		Se maneja claves para mantener la confidencialidad de la historia clinica
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		Se realiza la verificación del consentimiento informado
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió. cuando esté indicado.	X		Cuentan con el protocolo para el reporte y gestión de los eventos adversos
6,1	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p> <p>Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento</p>	X		Cuentan con protocolo para el manejo y la custodia de la historia clinica



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS
SERVICIO CONSULTA EXTERNA**

NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
7,7	Si realiza procedimientos Disponibilidad de Esterilización. Transporte especial de pacientes.	X		El proceso de esterilización es contratado con un tercero.



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE
PACIENTES
SERVICIO CONSULTA EXTERNA**

NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8,1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución	X		
8,1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X		Cuentan con call center el cual funciona 24 horas, para la referencia y contrareferencia de pacientes.

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio Consulta Externa	Fecha: 17/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del Servicio Consulta Externa	
Alcance: Aplica para el Servicio Consulta Externa	
Conformidades: Se observa que el servicio farmacéutico cuenta con el recurso humano calificado y comprometido con el proceso.	
El Servicio Consulta Externa cuenta con el registro de medicamentos de control especial sin embargo se recomienda no realizar enmendaduras ni tachones en el libro	
De acuerdo a la normatividad las formulas medicas de medicamentos de control especial deben tener sello de entregado por lo que se recomienda que el 100% de las formulas tengan el sello	
Se observa el cumplimiento de la normatividad en el proceso	
No conformidades mayores: No se evidencian	
No conformidades menores: No se evidencian	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio onsulata externa cumple con los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los lideres de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha limite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinador médico.

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: Servicio Consulta Externa	FECHA AUDITORIA: 17 Marzo 2012	FECHA INFORME: 18 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del Servicio Consulta Externa			
Alcance: Aplica para el servicio de Consulta Externa			
Participantes: Coordinador de Medico, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador Médico, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio defarmacia cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio al igual que con los equipos para la prestación del servicio. Se recomienda contar con el fisico de los informes enviados al fondo nacional de estuperficientes.			
Se evidencia el conocimiento de la norma por parte de los lideres de proceso en cuanto al proceso de farmacia en especial al manejo y control de medicamentos de control especial			
Las guías, protocolos y manuales cumplen con los requisitos de norma y los establecidos por la organización.			
El libro de controlados se encuentra con registros al día			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No se identificaron			
No se identificaron			
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No se identificaron			
No se identificaron			

Formato Elaborado por: Dr. Henry Tarazona French

8.10 SERVICIO DE LACTARIO

Plan de auditoria

PLAN DE AUDITORIA					
Proceso : lactario		CRITERIOS: Propuesta nueva resolución de habilitación			
OBJETIVO:	Verificar el grado de cumplimiento de los estándares de habilitación de la nueva propuesta en el servicio de lactario				
ALCANCE:	Aplica para el proceso de lactario de la IPS Clínica Pediátrica				
LUGAR	Servicio de del alctario Clínica pediátrica				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Estándar Talento Humano	Bibiana Bohórquez / Jefe de Gestión humana	8:00 am a 9:30 am	Oficina Administrativa	17/03/2012	
Estándar de Infraestructura	Bibiana Bohórquez / Jefe de Mantenimiento	8:00 am a 9:30 am	Lactario	17/03/2012	
Estándar Dotación y Mantenimiento	Carolina Jiménez / Jefe de Tecnología Biomédica	9:45 am /10:45 am	Lactario	17/03/2012	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos otros insumos y su gestión	Bibiana Bohórquez / Regente de Farmacia	9:45 am /10:45 am	Lactario	17/03/2012	
Estándar procesos Prioritarios Asistenciales	Carolina Jiménez / Regente de Farmacia	11:00 a m / 12:15 m	Lactario	17/03/2012	
Estándar Historias Clínicas y Registros Asistenciales	Bibiana Bohórquez / Jefe de Archivo	11:00 a m / 12:15 m	Consultorio de Consulta Externa	17/03/2012	
Estándar referenica y contrareferencia	Bibiana Bohórquez / Coordinador de Admisiones	11:00 a m / 12:15 m	Consultorio de Consulta Externa	17/03/2012	
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez					
AUDITORES: Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez					
Dr: Henry Tarazona French					


Notificación de la auditoria

NOTIFICACION AUDITORIA	
Proceso/Procedimiento: Lactario	Fecha: 17/03/2012
Para: Coordinador Medico	De: Estudiantes Especialización Gerencia de Auditoria en Salud
Objetivos: Verificar el cumplimiento de la nueva propuesta de estándares de habilitación en el servicio del lactario	
Alcance: Aplica para el servicio del lactario de la clínica pediátrica	
Participantes: Jefe de Nutrición y dietetica Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa,	
Documentación necesaria: Hojas de Vida del recurso humano, Hoja de vida de equipos, Cronograma de capacitación, Cronograma de mantenimientos preventivo de equipos e infraestructura, lista de medicamentos, guías y protocolos de manejo, acceso a historias clínicas y soportes. Recepción técnica de medicamentos	
Auditor líder: Carolina Jiménez	Auditores: Bibiana Bohórquez
Cordialmente: Bibiana Bohorquez	Recibido: Coordinador Medico
Dr: Henry Tarazona French	

Reunión de apertura

REUNIÓN DE APERTURA		
Proceso: Lactario		Fecha: 17/03/2012
Participantes: Coordinadora de nutrición y dietética Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador Médico, Coordinador de Admisiones		
NOMBRE	CARGO	FIRMA
Sandra Bermudez	Coordinadora de Nutrición y dietética	
Edith Puerto	Jefe Tecnología Biomédica	
Edwin Salazar	Jefe de Mantenimiento	
Deisy Quintero	Jefe Administrativa	
Oswaldo Moncaleano	Coordinador Historias Clínicas	
Objetivos: Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación teniendo en cuenta la nueva propuesta de estándares en el servicio de del lactario, sensibilizando a todos los participantes que hacen parte de cada uno de los estándares sobre la importancia del cumplimiento de cada uno de los requisitos.		
Alcance: Aplica para el servicio del lactario de la IPS Clínica Pediátrica		
Revisión y Ajustes al Plan: Se realiza revisión del plan por las partes el cual es aprobado y no realizan ajustes al mismos.		
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades mayores y menores)		
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Programación Reunión de Cierre: El cierre de la auditoria se realiza el 17 de marzo a las 2:30 pm		
		Dr: Henry Tarazona French

Lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR TALENTO HUMANO SERVICIO DEL LACTARIO				
NUMERAL	ESTANDAR TALENTO HUMANO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1.1	El talento humano en salud, cuenta con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado. En caso de estudios en el exterior, cuenta con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.	X		Se realiza la verificación de las hojas de vida de las dos auxiliares de enfermería que se encuentran en el area de preparación. Se verifica carnet de manipulación de alimentos
1.1	El talento humano en salud cumple con los requisitos legales de formación y entrenamiento certificado en las profesiones y especialidades formalmente reconocidas por el estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos de conformidad con el perfil exigido para el cargo.	X		Se verifica la hoja de vida de la nutricionista Sandra Bermudez
1.14	No es servicio habilitable Nutricionista - dietista en servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad. Auxiliar de Enfermería con entrenamiento certificado para los servicios de baja complejidad. Para la preparación de fórmulas infantiles artificiales o lactario, Auxiliar de Enfermería	X		La IPS cuenta con nutricionista y dos auxiliares en el are de preparación de formulas lacteas



**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INFRAESTRUCTURA
SERVICIO DEL LACTARIO**

NUMERAL	ESTANDAR INFRAESTRUCTURA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2.1	Las instalaciones eléctricas (Tomas, Interruptores, Lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las instituciones donde se presten servicios de Internación, Obstetricia, Urgencias y recuperación Quirúrgica cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños de las anteriores áreas cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión.		X	El servicio de preparación de nutriciones cuenta con lamparas en mal estado y sin mantenimiento correctivo. Se observa lampara rota
2.1	Cuentan con ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños cuentan con: Duchas o aspersores tipo ducha teléfono. Gases medicinales: oxígeno y vacío con equipo o con puntos de sistema central con regulador, aire medicinal y succión. La institución garantiza el suministro de: Agua Energía eléctrica y Sistemas de comunicaciones.	X		cuenta con tanques para el almacenamiento de agua, se verifican registro del control de lavado de tanques.
2.1	Los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos cuentan con: Acceso restringido Señalización, Protegido contra aguas lluvias. Iluminación Ventilación Paredes lisas, impermeables y lavables. Pisos lisos, impermeables lavables, con pendiente al interior y sistema de drenaje interno. Disponibilidad de agua para procesos de lavado Elementos de protección que impidan el acceso de vectores y roedores. Existe un ambiente de uso exclusivo que funciona como depósito final para almacenamiento de residuos hospitalarios comunes que cuentan con las características de los depósitos finales para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos.	X		Cuentan con deposito para los residuos hospitalarios el cual cuenta con fuente de agua y extintor.
2.1	Garantiza los servicios de suministro de agua con tanques de almacenamiento de agua	X		Se verifica tanques de agua
2.1	Ambiente exclusivo de aseo que incluye poceta.	X		Se verifica poceta se encuentra en el primer
2.1	cuentan con un ambiente exclusivo para manejo de ropa sucia	X		Es compartido con el servicio de urgencias.



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, OTROS INSUMOS Y SU GESTIÓN DEL LACTARIO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4,1	<p>La institución tiene registros que incluyen todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario expedido por el INVIMA, fecha de vencimiento y presentación comercial. Para dispositivos médicos registros que incluyan nombre y marca del dispositivo, serie cuando aplique, presentación comercial, registro sanitario expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, la clasificación de acuerdo al riesgo que se encuentra dentro del registro sanitario o permiso de comercialización y vida útil si aplica.</p> <p>Cuenta con guías, procedimientos o manuales para: Revisión del equipo de reanimación en cada turno. Solicitud de interconsultas. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina Reanimación Cardiocerebropulmonar. Control de líquidos. Plan de cuidados de enfermería. Administración de medicamentos. Inmovilización de pacientes. Venopunción. Toma de muestras de laboratorio. Cateterismo vesical. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</p>	X		
4,1	<p>La Institución tiene definidas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, devolución y descarte de medicamentos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos x y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución, cuando aplique.</p>	X		
4,1	<p>Para el caso de componentes anatómicos diferentes a órgano sólido, estos deberán provenir de un banco de tejidos certificado por el INVIMA, o contar con la autorización para el ingreso al país, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.</p> <p>Además si la institución cuenta con soluciones de preservación para cada tipo de órgano, estas deben ser autorizadas por la autoridad competente para este uso.</p> <p>Los procedimientos de selección, adquisición y uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro incluyen la verificación del registro sanitario expedido por el INVIMA, así como el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia que incluyen procedimientos de trazabilidad o seguimiento a dichos productos de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.</p>	X		




**LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES
SERVICIO DEL LACTARIO**


NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5,1	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	X		
5,1	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma	X		
5,1	El prestador cuenta con Lista de chequeo de los diferentes procedimientos donde se incluye el consentimiento informado	X		
5,1	El prestador cuenta con las guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X		
5,1	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos	X		
5,1	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	X		
5,1	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radioactivo, acorde a las características del prestador	X		Cuentan con el manual de residuos hospitalarios
5,1	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan nuevas ocurrencias de nuevos eventos adversos	X		Protocolo para el reporte y manejo de eventos adversos
5.2	La institución que ofrezca servicio de internación debe garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para servicios de alimentación, ya sea que se preste de manera directa o contratada y cuenta con protocolos para: La preparación de dietas para la alimentación vía oral. El manejo de nutrición enteral y parenteral, si la entidad los realiza.	X		Se evidencian protocolos de nutrición enteral y parenteral al igual que el protocolo de preparación de alimentos.



LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES SERVICIO DEL LACTARIO

NUMERAL	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
6,1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		La historia clinica es sistematizada
6,1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6,1	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario	X		
6,1	<p>El estandar de historias clinicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y si es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad, seguridad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.</p> <p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación y anamnesis y con el componente de anexos</p> <p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p>	X		Se maneja claves para mantener la confidencialidad de la historia clinica
6,1	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que los pacientes aprueben o no documentalmente los procedimientos e intervenciones en salud a que van a ser sometidos, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		Se realiza la verificación del consentimiento informado
6,1	Cuentan con un procedimiento para reportar, analizar y gestionar los eventos adversos, de acuerdo a los lineamientos de la política de seguridad del paciente de la institución que garantice la confidencialidad del paciente y del equipo de salud que lo atendió. cuando esté indicado.	X		Cuentan con el protocolo para el reporte y gestión de los eventos adversos
6,1	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p> <p>Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento</p>	X		Cuentan con protocolo para el manejo y la custodia de la historia clinica

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS SERVICIO DEL LACTARIO				
NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
7,7	Si realiza procedimientos Disponibilidad de Esterilización. Transporte especial de pacientes.	X		El proceso de esterilización es contratado con un tercero.

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES SERVICIO DEL LACTARIO				
NUMERO	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
8,1	Cuenta con diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución	X		
8,1	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X		Cuentan con call center el cual funciona 24 horas, para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Reunión de cierre

REUNION DE CIERRE	
Proceso/ Procedimiento: Servicio del lactario	Fecha: 17/03/2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del Servicio de lactario	
Alcance: Aplica para el Servicio de lactario	
Conformidades: Se observa que el servicio de lactario cuenta con el recurso humano calificado y comprometido con el proceso.	
Se evidencia documentación como carnet de vacunación del personal y certificado de manipulación de alimentos	
El personal cuenta con normas de bioseguridad para la preparación de alimentos.	
No conformidades mayores: No se evidencian	
No conformidades menores: No se evidencian	
Conclusiones: Se puede observar que el servicio de lactario cumple con los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Se evidencia compromiso de los líderes de proceso para el cumplimiento de los requisitos establecidos.	
Se tiene conocimiento sobre el diligenciamiento del formato de Análisis de causa y Plan de mejoramiento? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N	
Fecha límite para presentación de Plan de Mejoramiento: 17 DE MARZO DE 2012	
AUDITOR LIDER AUDITORES : Bibiana Bohórquez / Carolina Jiménez	RESPONSABLE DE PROCESO: Coordinadora de nutrición.
Dr: Henry Tarazona French	

Informe general

INFORME GERENCIAL			
AUDITORIA No. 1	PROCESO / PROCEDIMIENTO: Servicio de lactario	FECHA AUDITORIA: 17 Marzo 2012	FECHA INFORME: 18 Marzo 2012
Objetivos: Informar el grado de cumplimiento de los estándares que hacen parte del Servicio de lactario			
Alcance: Aplica para el servicio de Consulta Externa			
Participantes: Coordinadora de nutrición, Jefe de Mantenimiento, Jefe de Gestión humana, Jefe de Tecnología biomédica, Jefe administrativa, Coordinador Médico, Coordinador de Admisiones			
CONFORMIDADES			
Se identifica que el servicio de de lactario cuenta con el recurso humano necesario para la prestación del servicio al igual que con los equipos para la prestación del servicio. Se recomienda contar con el físico de los informes enviados al fondo nacional de estuperficientes.			
Se evidencia el conocimiento de la norma por parte de los líderes de proceso en cuanto al proceso de lactario en especial al manejo y control de medicamentos de control especial			
Las guías, protocolos y manuales cumplen con los requisitos de norma y los establecidos por la organización.			
NO CONFORMIDAD MAYOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No se identificaron			
No se identificaron			
NO CONFORMIDAD MENOR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No se identificaron			
No se identificaron			
CONCLUSIONES			
Se puede observar que el servicio de lactario cumple en términos generales con los requisitos mínimos de habilitación. Soportar con listados de asistencia las capacitaciones al personal de lactario			
AUDITOR LIDER: Bibiana Bohórquez		AUDITORES; Carolina Jiménez	
			Dr: Henry Tarazona French

9. CONCLUSIONES

- Luego de verificar el cumplimiento de los ocho estándares de habilitación de acuerdo al nuevo proyecto se concluye que la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., debe enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes a cada uno de los servicios con los que cuenta para garantizar una prestación a los usuarios con calidad.
- El servicio de urgencias de IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., cumple con requisitos mínimos para la prestación del servicio, el personal pero se evidencian algunos incumplimientos específicos en infraestructura los cuales pueden poner en riesgo la vida de los pacientes.
- Luego de verificar el cumplimiento de estándares de habilitación de acuerdo a la nueva propuesta de la Resolución 1043 de 2006, se observa que el servicio de hospitalización cuenta con personal idóneo y comprometido con la prestación del servicio, sin embargo, el estándar de infraestructura presenta incumplimientos como son los llamados de enfermería y de habitaciones de aislamiento por lo que se coloca en riesgo la vida de los pacientes y la prestación del servicio de forma oportuna en caso de alguna eventualidad .
- Verificando el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio farmacéutico se observa que cumple con los requisitos de normatividad con un equipo humano idóneo para la prestación del mismo, sin embargo se encontraron algunos incumplimientos de infraestructura que son necesarios ajustar lo antes posible.
- El servicio de imágenes diagnóstica debe prestar servicio a los usuarios y familiares de los pacientes garantizando que cuenta con la documentación necesario que soporta que se puede prestar atención con mínimas normas de seguridad para no exponer a los pacientes a radiaciones por parte de equipos
- El laboratorio y servicio de toma de muestras de la IPS garantiza prestación del servicio con el cumplimiento de los estándares de habilitación, debido a que no se evidencian incumplimientos que coloquen en riesgo la vida o integralidad de los pacientes.
- Luego de realizar seguimiento a la propuesta de habilitación se observa que el servicio de lactario ya no es un servicio habilitable pero si debe realizarse seguimiento para garantizar la adecuada prestación del servicio.

- La IPS garantiza que todo el personal conoce e identifica claramente la necesidad de cumplir con los mínimos requisitos para la prestación el servicio, para garantizar oportunidad, calidad y seguridad en la atención de los pacientes.
- La continuidad en la realización de los comités permiten gestionar procesos sin embargo es recomendable realizar énfasis en lo referente al estándar de infraestructura debido a que la mayoría de servicios de la IPS presentan incumplimientos.
- La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., cuenta con fortalecimiento del equipo interdisciplinario para garantizar la seguridad del paciente y sus familias durante la estancia en la institución con mecanismos de identificación oportuna de posibles riesgos en cada uno de los servicios.
- El cumplimiento de la normatividad ambiental y sanitaria en la institución conlleva a la optimización de procesos que no solo repercuten en la protección de los pacientes y familiares, como también en el cumplimiento de los mismos para ofertar servicios de calidad.

10. BIBLIOGRAFIA

- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3 de abril, 2006) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá D.C; 2006. No. 46.320. pa 1-21.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 de 2007) Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL . resolución No. 1445 Abril de 2006. Bogotá D.C.
- GALÁN Ricardo. Garantía de la Calidad en Salud. Sistema de Garantía en Salud. Sistema de garantía en Salud. Segunda edición , Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C. 2006.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC. Tesis y otros trabajos de grado. Compendio. Sexta actualización. Bogotá D.C., Impelibros S.A., 2008.
- MALAGÓN-LONDOÑO y cols. Garantía de la calidad en Salud. 2 ed., Bogotá D.C. Editorial Médica Panamericana; 2006.
- OTERO M., Jaime. ¿ Qué es la calidad en salud? (Documento en Word publicado en Noviembre de 2002), disponible en Internet:
- http://www.sld.cu/galerías/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc
- <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- <http://www.dane.gov.co/censo/>
- <http://www.eusalud.com/portal/Joomla/>
- http://www.eusalud.com/portal/Joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=60

CARTA DE DERECHOS DE AUTOR

AUTORIZACION DE PUBLICACION A FAVOR DE LA EAN

Yo, BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA, mayor de edad, vecina de Bogotá Colombia, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.789.499 de Bogotá, actuando en mi calidad de autor del Informe Final de Investigación, titulado, **VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN UNA IPS CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD UBICADA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me de crédito al Informe Final de Investigación.

Manifiesto que la obra de la presente autorización es original y la realice sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Atentamente,

Bibiana M. Bohorquez B

BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA

C.C. No 52.789.499 de Bogotá.

CARTA DE DERECHOS DE AUTOR

AUTORIZACION DE PUBLICACION A FAVOR DE LA EAN

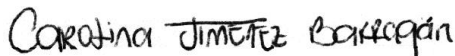
Yo, CAROLINA JIMÉNEZ BARRAGÁN, mayor de edad, vecina de Bogotá Colombia, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.966.381 de Bogotá, actuando en mi calidad de autor del Informe Final de Investigación, titulado, **VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN UNA IPS CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD UBICADA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me de crédito al Informe Final de Investigación.

Manifiesto que la obra de la presente autorización es original y la realice sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

Atentamente,



CAROLINA JIMÉNEZ BARRAGÁN

C.C. No 52.966.381 de Bogotá.

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Carolina Jiménez Parraquin

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 52.966.381

Nombre Completo Bibiana Marcela Bohorquez Bojaca

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 52.879.499

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

"Verificación de Estándares de Habilitación en una IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C."

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Carolina Jiménez Barroqán</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Bibiana Marcela Bohorquez Bojarcu</u>
FIRMA: <u>Carolina Jiménez Barroqán</u>	FIRMA: <u>Bibiana M. Bohorquez B</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>52.966.381</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>52.879.499</u>
FACULTAD: <u>Postgrados</u>	FACULTAD: <u>Postgrados</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud.</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud</u>

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: 4 de Julio de 2012